Aus: Institut für Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin
Fachbereich 3 — Wissenschaftliche Einrichtung 9

Direktor: Prof. Dr. Wilfried Rasch

Behandlungswunsch als Indikationskriterium sozialtherapeutischer Behandlung

Ergebnis einer medizinisch - psychologischen
Untersuchung an 81 Bewährungsprobanden

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Brigitte Schmidt, geborene Rust
Mährisch-Ostrau

1977

Aus: Institut für Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin
Fachbereich 3 — Wissenschaftliche Einrichtung 9

Direktor: Prof. Dr. Wilfried Rasch

Behandlungswunsch als Indikationskriterium sozialtherapeutischer Behandlung

Ergebnis einer medizinisch - psychologischen
Untersuchung an 81 Bewährungsprobanden

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Brigitte Schmidt, geborene Rust
Mährisch-Ostrau

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Referent: Prof. Dr. W. Rasch

Korreferent: Prof. Dr. A. Dührssen

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 25. 1. 1977

Druck: Zentrale Universitätsdruckerei V/ZUD — Kelchstraße 31 · 1000 Berlin 41

Danksagung

Für die Überlassung des Themas und zahlreiche Anregungen bin ich Herrn Prof. Dr. W. Rasch, für die Durchführung der Rechenoperationen Herrn Diplompsychologen K. P. Kühl zu Dank verpflichtet.

Ich bedanke mich ferner bei den an der Untersuchung beteiligten Bewährungshelfern, dem damaligen Leiter der Sozialtherapeutischen Beratungsstelle, Herrn Diplompsychologen H. Hagehülsmann und seiner Sekretärin, Frau L. Hahn, für die mir gebotene tatkräftige Unterstützung.

Die Arbeit wurde zeitweise durch die UNIHELP-Stiftung gefördert.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549607_0048

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	
1.1. Sozialtherapie	1
1.1.1. Juristischer Rahmen	1
1.1.2. Definitionen - kontroverse Stellungnahmen	1
1.1.3. Methoden - Ergebnisse - Tendenzen in Forschung und Praxis	5
1.2. Leidensdruck bei Kriminellen	15
2. Anlage der Untersuchung	
2.1. Ursprüngliches und abgewandeltes Konzept	19
2.2. Methoden	21
2.3. Durchführung	23
2.4. Auswertung	24
3. Häufigkeitsverteilungen in der Gesamtstichprobe	
3.1. Zusammensetzung bezogen auf die Bewährungshelfer-Gruppe	26
3.2. Anamnestische Angaben und Untersuchungsbefunde	28
3.2.1. Legalanamnese	28
3.2.2. Aufwachsen - Herkunftsfamilie	31
3.2.3. Ausbildung - Arbeit - wirtschaftliche Situation	39
3.2.4. Bezugspersonen	41
3.2.5. Psychische Störungen	42
3.2.6. Körperliche Störungen	44
3.2.7. Körperlicher Untersuchungsbefund	46
3.2.8. Psychopathologische Auffälligkeit	46
3.2.9. Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsbereitschaft	48
3.3. Psychologische Testbefunde	50
3.3.1. HAWIE	50
3.3.2. FPI	50
3.3.3. GT-Selbstbild	52
4. Korrelationsergebnisse	
4.1. Beziehungen der Hauptvariablen untereinander	54
4.2. Untersuchungsgruppe	56
4.3. Psychopathologische Auffälligkeit	56
4.4. Körperlicher Untersuchungsbefund	60
4.5. Behandlungsbedürftigkeit	63
4.6. Behandlungsbereitschaft	66
5. Diskussion	69
6. Zusammenfassung	82
7. Literaturverzeichnis	83

1. Einleitung

1.1. Sozialtherapie

1.1.1. Juristischer Rahmen

Das am 1.1.1975 in Kraft getretene 2. StrRG vom 4.7.1969 sieht in den §§ 65 - 68 *) an neuen Maßregeln der Besserung und Sicherung die Unterbringung bestimmter Tätergruppen in einer sozialtherapeutischen Anstalt bzw. die Unterstellung unter Führungsaufsicht vor. Insofern Führungsaufsicht dann u.a. bei Aussetzung der Unterbringung angeordnet werden soll, werden die gleichen Personenkreise von sozialtherapeutischen oder therapieunterstützenden Maßnahmen betroffen. Die fraglichen Gruppen von Straftätern werden juristischerseits folgendermaßen definiert (formale Einzelbestimmungen der Vereinfachung wegen unberücksichtigt - *64*):

- Wiederholungstäter mit schweren Persönlichkeitsstörungen
- von ihrem Geschlechtstrieb bestimmte rückfallgefährdete Täter
- Frühkriminelle mit drohender Entwicklung zum Hangtäter
- Rückfallgefährdete mit erheblich verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit

1.1.2. Definitionen - kontroverse Stellungnahmen

In der gesetzlichen Neuregelung drückt sich ein offizielles Zugeständnis aus, daß delinquentes Verhalten, wenn als Symptom krankheitsäquivalenter Störung aufgefaßt, auch als solches behandelt statt bestraft werden sollte. Die Institutionalisierung von Sozialtherapie ist allerdings mit einer Reihe von Problemen verknüpft.

Bezüglich der Einweisungskriterien ergeben sich zunächst definitorische Schwierigkeiten, die Rasch ausführlich diskutiert (*117, 118*). Er kommt zu dem Ergebnis, daß die vorgegebenen Kategorien auf den gemeinsamen Nenner der psychisch schwer gestörten, rückfallgefährdeten Täterpersönlichkeit zurückzuführen sind. Die Gruppe der durch ihren Geschlechts-

*) Der die Bestimmungen über die sozialtherapeutischen Anstalten enthaltende § 65 soll im Hinblick auf gewisse Aufbauschwierigkeiten erst ab Januar 1978 gelten.

trieb bestimmten Täter will er auf Sexualdelinquenten eingegrenzt wissen, da die Reichweite sexueller Strebungen je nach zugrundeliegender Theorie sehr unterschiedlich aufgefaßt und der Begriff somit unbestimmbar werden könne. Rasch führt weiterhin aus, um unfruchtbaren dogmatisch bestimmten Diskussionen vorzubeugen, solle ein hinsichtlich seines somatischen Bezuges uneinheitlich verstandener Krankheitsbegriff ebenso ausgeklammert werden wie der strittige Begriff der Schuldfähigkeit. Der naheliegenden Gefahr, daß subjektive Wertmaßstäbe der Gutachter ein unkontrollierbares Gewicht bei der Zuweisung zu Sozialtherapie erlangen könnten (63), sei durch Anwendung objektiver Testverfahren zu begegnen.

Tatsächlich lassen kontroverse allgemeine Stellungnahmen zur Sozialtherapie erkennen, daß hier weltanschaulich-politischer Boden betreten wird, auf dem ohne objektive Maßstäbe eine Orientierung unmöglich erscheint.

Mauch (99) gibt folgende Definition des Begriffes: Sozialtherapie bedeutet die individuelle Behandlung der Gesamtperson desjenigen, dessen tiefgreifende Persönlichkeitsstörung zur Begehung sozialschädlicher psychosozialer Fehlleistungen in Form von Straftaten führt. Ziel der Behandlung sei die weitestmögliche Beseitigung der Persönlichkeitsstörung durch Nachreifung und Umstrukturierung, die über eine Symptombeseitigung und Verhaltensänderung eine Eingliederung des Straftäters in seine Umwelt ermöglicht.

Mauch erhofft zwar eine vom Resozialisierungsgedanken ausgehende Beeinflussung der resozialisierungsfeindlichen Haltung der Gesellschaft als Nebeneffekt der Therapie, bezieht aber Bemühungen um soziale Kontaktvermittlung für Straftäter nur am Rande in den methodischen Rahmen der Behandlung ein.

Rasch (117) problematisiert den Begriff u.a. durch den Hinweis auf die Gefahr einer Medizinalisierung sozialer Kontrolle. Da dem Therapeuten nicht die Rolle zugemutet werden dürfe, Anpassung an gesellschaftliche Normen erzwingen zu sollen, müsse subjektives Leiden der zu Behandelnden Grundlage therapeutischer Legitimation darstellen. Rasch nennt Emanzipation und Entwicklung von Eigenverantwortlichkeit als Teilziele der Behandlung und erwähnt die Notwendigkeit, durch gezielte Informationsarbeit der Öffentlichkeit die Realität des sozial benachteiligten, behandlungsbedürftigen Kriminellen bewußt zu machen.

Dilger (31) grenzt Sozialtherapie als eine prinzipiell auch die Umwelt einbeziehende Behandlung ausdrücklich gegenüber Individualtherapie ab. Göppinger (54) befürchtet, daß Sozialtherapie durch Gleichsetzung von Kriminalität und Krankheit die Projektionen des Kriminellen bestärke, mit deren Hilfe er Eigenschuld und Selbstverantwortung abwehre.

Eine extrem gegensätzliche Position wird von soziologischer Seite vertreten. Die These Haferkamps (61), daß Devianz als "normales" Resultat sozial anerkannter Definitionen zu verstehen sei, läßt keine auf das Individuum abzielende Behandlung gerechtfertigt erscheinen. Die Autoren Peters (112) greifen das sozialtherapeutische Konzept als Beitrag zur Stabilisierung herrschender Normen an. Somit verhindere die der Behandlung von Kriminalität zugrundeliegende Anpassungsforderung eine notwendige Relativierung geltender Normen, indem sie gesellschaftlichen Projektionsmechanismen Vorschub leiste. Tannenbaum (148), Fromm (47) und Bernfeld (16) analysieren die sozialpsychologische Funktion des Straftäters für die kapitalistische Gesellschaft als Bindungs- und Abfuhrobjekt von Aggressionen, die ihre hierarchische Struktur bedrohen. Sofern die Gesellschaftsstruktur unverändert bleibe, heben sozialtherapeutische Intentionen

diesen Mechanismus nicht auf, sondern dienen lediglich der Aggressionsverschiebung. Tannenbaum antizipiert, daß durch die persistierende Erwartung, der Kriminelle sei und bleibe "böse", ein paradoxer Therapieeffekt provoziert werde. Somit unvermeidliche therapeutische Fehlschläge seien dann wiederum Garanten öffentlicher Abwehrrationalisierungen, die sie nähren.

Ein ähnliches Problem wird von Mc Corkle und Korn (28) gesehen. Die Autoren weisen auf die Notwendigkeit einer begrifflichen Trennung von therapeutischer Zielsetzung und humanitären Impulsen hin. Verwechslung könne dazu führen, daß Gegner einer "weichen Welle" therapeutische Mißerfolge als Argumentationsgrundlage mißbrauchen. Die Reform des Strafvollzuges könne damit zurückgeworfen werden.

Die Einstellung der Betroffenen selbst geht aus einer Untersuchung von Hohmeier hervor (73). Sie dokumentiert, daß der überwiegende Teil der Häftlinge im Abbau gesellschaftlicher Diskreminierung das Hauptziel der Resozialisierung sieht. Wetter und Böckelmann (158), als ehemalige Häftlinge, weisen sozialtherapeutische Bestrebungen ausdrücklich als Zumutung zurück. Sie betrachten diese als illusionären Versuch, primär real benachteiligte Menschen per Therapie in die einzig "normalen" Mitglieder einer kranken Gesellschaft verwandeln zu wollen, deren Prinzipien mit den therapeutischen Zielvorstellungen nichts gemein haben.

Der hiermit abgeschlossene Überblick über verschiedene typische Kommentare verdeutlicht, daß Sozialtherapie im Kreuzfeuer öffentlichen Meinungsstreites steht. Behandlungsansätze scheinen untrennbar mit ätiologischen Annahmen verknüpft. Der mit dem Begriff der Abweichung verbundene

Wert- und Normenbereich läßt eine totale Ausklammerung weltanschaulicher und politischer Positionen grundsätzlich nicht zu. Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit stimmt mit Rasch überein, daß der forensische Psychiater keine Chance hat, der Rolle des Selektionsgehilfen der Justiz zu entkommen, wie sie Moser (*107*) anprangert. Dies gilt auch für den Sozialtherapeuten und Untersucher forensischen Materials. Darüber kann auch Betonung einer "neuen Moral der Sachlichkeit" (*166*), d.h. Rückzug auf wissenschaftliche Methodik nicht hinwegtäuschen.

1.1.3. Methoden - Ergebnisse - Tendenzen in Forschung und Praxis

In der kriminologischen Forschung sind frühere monokausale Betrachtungsweisen zunehmend der Annahme multifaktorieller Ätiologie gewichen (*53*). Hieraus ergibt sich zumindest idealerweise das Erfordernis multidisziplinärer Zusammenarbeit z.B. von Psychiatern, Soziologen und Juristen auf kriminologischem Gebiet, die häufig proklamiert (*25, 92*) aber selten verwirklicht gefunden wird (*56*).

Integrationen von psychopathologischen, sozialen und Legalitätsmerkmalen stellen auch die zahlreichen, bis heute entwickelten Typologien delinquenter Persönlichkeiten dar (*49, 76, 82, 133*). Logische Verknüpfung zwischen Typologie und bestimmten therapeutischen Ansätzen wird zunehmend betont (*49, 153*). Unter dem Einfluß der Tiefenpsychologie, Lerntheorie und Sozialpsychologie haben Besonderheiten des familiären Hintergrundes (*35, 51, 91*) sowie die für die Bezugsgruppe charakteristische Normenorientierung als kausale Faktoren besondere Bedeutung erlangt (*58, 106*), während konstitutionsbiologische Gesichtspunkte stark in den Hintergrund getreten sind. Bei vereinfachender Betrachtung lassen sich trotz des unterschiedlichen Differenzierungsgrades der einzelnen Typologien drei Grundtypen herausschälen:

1. Der antisoziale Täter, der eine Sozialisation im Rahmen intakter familiärer Verhältnisse erfahren hat und sich mit dem abweichenden Normensystem identifiziert. Er ist, idealtypisch gedacht, emotional ungestört und gehört überwiegend der Unterschicht an.

2. Der prosoziale Täter, der sich am konventionellen Normensystem orientiert. Er stammt typischerweise aus zerrütteter oder unvollständiger Familie der Unter- und der Mittelschicht und ist emotional gestört im Sinne einer Neurose.

3. Der asoziale Täter, der nicht sozialisiert ist und sich keinem Normensystem verpflichtet zeigt. Er leidet an einer schweren Persönlichkeitsstörung, die erscheinungsmäßig dem Begriff der Psychopathie entspricht. Die familiären Verhältnisse sind überwiegend chaotisch, häufig findet sich ablehnende Haltung der Mutter, Schichtspezifität ist nicht erkennbar.

Bei der Untersuchung von Kriminellen werden neben dem anamnestischen Interview zunehmend psychologische Tests verwandt. Eine Übersicht über Testverfahren, mit deren Hilfe sich signifikante Differenzen zwischen Delinquenten und Nicht-Delinquenten feststellen ließen, gibt Göppinger (53). Mit einer gewissen Übereinstimmung haben sich einige psychopathologische Auffälligkeiten krimineller Persönlichkeiten testpsychologisch objektivieren lassen.

Psychopathische Kriminelle fallen durch Feindseligkeit, insbesondere gegenüber Autoritäten, allgemeines Mißtrauen und Ambivalenz im Sinne einer paranoiden Tendenz auf. Sie sind leicht kränkbar, anspruchsvoll und nachtragend, neigen zu impulsiven, aggressiven Handlungen und zeigen verstärkte Extraversion. Sie empfinden häufig soziale Isolationsgefühle

und depressive Verstimmungen, können sich schwer in andere Menschen hineindenken und haben nur gering ausgeprägte soziale Rollenübernahmefähigkeiten. Problemverleugnende Haltung ist typisch (65, 79, 120).

Unter psychoanalytischen Gesichtspunkten können je nach Differenzierung der Ich- und Über-Ich-Strukturen und Schwere der Störung verschiedene Tätertypen unterschieden werden (6). Bei dem sogenannten normalen Kriminellen befinden sich Ich und Über-Ich im Einklang miteinander. Er entspricht dem bereits dargestellten antisozialen Täter. Der typische neurotische Kriminelle leidet unter einem unbewußten Konflikt zwischen einem überstrengen Über-Ich und einem Ich, das sich gegenüber diesem und einem starken Triebleben als zu schwach erweist. Eine hieraus entspringende unbewußte Selbstbestrafungstendenz wird durch Begehung strafbarer Handlungen befriedigt. Alexander begreift unter dem von ihm beschriebenen neurotischen Charakter den neurotischen Kriminellen ebenso wie den klassischen Psychopathen. Wie unterschiedlich die Grenzen zwischen diesen beiden Kategorien gezogen werden, die dem pro- und anti-sozialen Tätertyp entsprechen, zeigt Moser (106). Er führt aus, daß Überstrenge des Über-Ichs einerseits und Über-Ich-Defekte oder Über-Ichlosigkeit andererseits nicht Gegensätze darstellen, sondern als verschiedene Ausprägungsgrade einer Störung auf einem Entwicklungskontinuum aufzufassen sind. Je größer der Sadismus des Über-Ichs, desto mehr wird es partiell oder ganz verdrängt und damit auch in seiner Ausformung behindert. Moser weist ferner darauf hin, daß eine ungestörte Ich-Entwicklung durch konstant gegebene Identifikationsmöglichkeiten Voraussetzung der Über-Ich-Konstituierung darstellt. Die Ich-Schwäche der Kriminellen - mit ihren Konsequenzen der Frustrationsintoleranz und des Gebrauches primitiver Abwehrmechanismen wie Projektion, Verleugnung, Agieren - hat ihre Wurzel in unzureichenden Identifikationsmöglichkeiten, z.B.

durch häufigen Wechsel der Bezugspersonen in früher Kindheit, wodurch letztlich auch die Ausbildung eines tolerablen Über-Ichs unmöglich gemacht wird. Diese Sichtweise stimmt mit mit der Theorie von M. Klein über die Entwicklung der intrapsychischen Instanzen überein (83). Unter diesem Aspekt wäre anzunehmen, daß, je früher die Ich-Entwicklung behindernde Milieuschädigungen einwirken, desto schwerer eine eventuell resultierende Kriminalität sein wird, da die zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung näher am psychopathischen Pol liegt.

Entsprechend einer multifaktoriellen Theorie der Kriminalität lassen sich für die Sozialtherapie mehrere verschiedene Prinzipien aufzeigen. Gibbons (49) gibt eine typisierende Zusammenfassung therapeutischer Ansatzmöglichkeiten. Er unterscheidet:

1. auf das Individuum bezogene Formen der Einzeltherapie
2. auf abgrenzbare Kleingruppen zielende Formen der Milieutherapie
3. eine die weitere Umgebung erfassende Umstrukturierung

Unter Anpassung an die besondere Problematik Krimineller werden tiefenpsychologisch orientierte Therapie (18, 99, 140), Gesprächstherapie (149), Verhaltenstherapie (104, 129, 136), Realitätstherapie (50), Tranaktionsanalyse (108) m.a.W. sämtliche Formen der Psychotherapie angewandt. Wie Schmideberg ausführt (127), versagen bei delinquenten Psychopathen sämtliche für Neurotiker oder Psychosekranke geeigneten Behandlungsarten in der üblichen Form, sofern es nicht gelingt, die Methode dem Patienten anzupassen. Der Akzent in der Behandlung liegt allgemein eher auf Realitätsbewältigung als einer Bearbeitung von Problemen der Vergangenheit. In einer therapeutischen Gruppe wird die Realität eher greifbar, als im Setting einer Einzeltherapie (70).

Unter anderem aus diesem Grunde hat sich Gruppentherapie in verschiedener Form am stärksten durchgesetzt (*26, 30, 40, 42, 146, 151*). Wie Craft hervorhebt, hat bei Kriminellen bisher nur Gruppentherapie nachweislich zu Erfolgen geführt (*29*). Die psychotherapeutische Führung unterstützende Maßnahmen wie Berufsberatung (*123*), Arbeitstraining (*99*), Hilfen bei der Freizeitgestaltung (*94, 155*) sowie medikamentöse oder chirurgische Behandlung (*80, 98, 113, 138*) werden in unterschiedlichem Ausmaß eingesetzt.

Der institutionelle Rahmen variiert mit dem Grade der Freiheitsbeschränkung von Behandlung in der sozialen Umgebung über teilweise Beschränkung bis zur halboffenen oder geschlossenen Unterbringung. Beispiele für Umstrukturierung der weiteren Umgebung sind Projekte wie Mobilization for Youth in New York (*165*). Die Ziele solcher Programme bestehen in Stimulation sozialer Beziehungen und Selbsthilfe, Normenänderung in Gemeinden, Gangs, Familien, Bereitstellung von Ausbildungsmöglichkeiten für benachteiligte Gruppen. Angestrebt wird eine soziale Umstrukturierung größerer Gebiete. Ausgebildete Sozialarbeiter mit Unterstützung interessierter Laien fungieren als Agenten der Behandlung, wobei keinerlei freiheitsbeschränkende Maßnahmen eingesetzt werden. Die sehr komplexen Vorgehensweisen erschweren eine Beurteilung der Ergebnisse. Es kann angenommen werden, daß diese Behandlungsform einer Veränderung der weiteren sozialen Umgebung einer generellen Kriminalitätsprophylaxe und allgemeinen Erhöhung der Resozialisierungschancen dient.

Sozialpädagogischer Einzelbetreuung im Rahmen der Bewährungshilfe oder analogen Einrichtungen im Ausland werden positive Resozialisierungsergebnisse zugeschrieben (*17, 36*). Untersuchungen zur Bewährungsprognose zeigen jedoch das Problem auf, daß schwerer gestörte, minderbegabte Probanden aus un-

günstigen Verhältnissen mit den Mitteln der Bewährungshilfe kaum beeinflußbar zu sein scheinen (*1o2, 11o, 134*). Eine Untersuchung von Rumney und Murphy (*124*) ergab, daß auch mit gesteigerter Betreuungsintensität eine Anpassung der Probanden nur im Bereich wirtschaftlicher Schwierigkeiten erzielt werden konnte, nicht dagegen auf dem Gebiet psychischer und familiärer Störungen. England gelangt zu der Ansicht, daß "Erfolge" darauf zurückzuführen sind, daß die meisten der einer Betreuung unterstellten Probanden prosoziale Selbstkorrektoren sind (*37, 152*), wodurch sich auch ein ökonomisches Problem stellt. Unsystematische Durchführung von Untersuchungen, mangelnde Vergleichsmaßstäbe durch internationale und lokale Unterschiede in der Rechtsprechung lassen Schlußfolgerungen kaum zu.

In verschiedenen Ländern (*75, 1o5, 164*), speziell in den Niederlanden (*56*), haben sich besondere Bewährungszentren institutionalisiert. Diese beruhen auf Zusammenarbeit von Bewährungshelfern mit psychiatrischen, psychologischen und psychotherapeutischen Fachkräften bei teilweiser Hinzuziehung von Juristen (*142*). Die weichenstellende, therapeutische und der Forschung dienende Funktion solcher Zentren mit Einbeziehung von Juristen und Soziologen haben Holschbach (*74*) und Hagehülsmann (*62*) modellhaft beschrieben. Ähnlich kann die Arbeitsweise einer künftigen Führungsaufsichtsstelle bei Integration in den Rahmen der Bewährungshilfe vorgestellt werden.

Mit der Bewährungsbetreuung verbundene Wohnheime ermöglichen stationäre Anwendung von Therapie. In der BRD existieren eine Reihe derartiger Institutionen, wobei jedoch keine klaren Auswahlkriterien, Differenzierung der therapeutischen Maßnahmen und kontrollierte Erfolge bekannt geworden sind (*7, 8, 12, 81, 84, 87*). Beispiele gezielterer Behandlung mit begleitender Forschung in diesem Rahmen stellen einige in USA

durchgeführte Projekte dar. Mit dem sogenannten Community-Treatment Project wurde das Ziel verfolgt, testpsychologisch kategorisierte Probandentypen differenzierten Behandlungsmethoden zu unterziehen. Auf der Grundlage einer Beurteilung der psychosozialen Reifestufe zusammengestellte Gruppen jugendlicher Ersttäter wurden in Heimen und Pflegefamilien untergebracht. Die therapeutische Beeinflussung in Form von Einzel-, Familien- und Gruppentherapie mit unterschiedlichem Schwerpunkt führten ausgebildete Sozialarbeiter durch. Gegenüber der in Jugendstrafanstalten untergebrachten Kontrollgruppe konnten nach einer zweijährigen Behandlungs- und Nachbeobachtungszeit Erfolge nachgewiesen werden. Die Untersuchung liefert Hinweise auf für bestimmte Gruppen geeignete Therapiemethoden bzw. ungeeignete Probandentypen.

Modelle, wie das Highfields-Experiment und seine Abwandlungen (*38, 114, 130*) arbeiten in Form kleiner halboffener Wohnheime vorwiegend mit antisozialen Jungtätern. Das Hauptgewicht der Behandlung liegt auf einer Sonderform von Gruppentherapie (guided group interaction), die den Gruppendruck zum Zwecke gegenseitiger Umerziehung zu sozialer Konformität benutzt. Selbstverantwortlichkeit, Ausbildung, Arbeitstraining und Kontakte zur Bevölkerung werden betont gefördert. Nach Probebelastung findet stufenweise Entlassung statt. Die Aufnahme richtet sich überwiegend nach juristischen Kriterien, z.T. wird Führung in den betreffenden Institutionen zur Klassifikation herangezogen, indem ungeeignete Probanden an den Normalvollzug überwiesen werden.

Sozialtherapeutische Anstalten i.e.S. dienen der Behandlung psychisch schwer gestörter Täter im Rahmen einer geschlossenen besonderen Anstalt (59). Rasch (*116*) entwirft als allgemeines Konzept einer derartigen Sonderanstalt ein von Vollzug völlig getrenntes Institut mit dem Charakter eines Krankenhauses bzw. einer psychiatrischen Klinik. In einer Aufnahme- und

Beobachtungsabteilung erfolgt Untersuchung, Diagnosestellung und Ausarbeitung des Therapieplanes, wobei die gesammelten Daten zu Forschungszwecken genutzt werden können. Die eigentliche Behandlung ist von unbestimmter, meist zwei- bis dreijähriger Dauer und wird unter stufenweiser Lockerung bis zur Entlassung auf Probe bzw. Bewährung vollzogen. Das gesamte Personal sollte speziell ausgebildet sein und an der Behandlung beteiligt werden, nachgehende Betreuung durch Sozialarbeiter erfolgen, die entweder zur Anstalt selbst gehören oder zumindest dort bereits Kontakt mit dem Behandelten aufgenommen haben. Bei Rückfall steht die Anstalt als Auffangstelle bereit.

Einen vergleichbaren Aufbau haben Institutionen wie die frühere Forvaringsanstalten in Herstedvester (Dänemark), die Van-der-Hoeven-Kliniek (Niederlande), die Maxwell-Jones-Clinic (London) und die Anstalten in Vaccaville und Atascadero (Kalifornien) (*2, 72, 97, 126, 161*). In der BRD haben sich ähnliche Einrichtungen aus Spezialabteilungen entweder von Gefängnissen, wie auf dem Hohenasperg, in Hamburg-Bergedorf und Berlin-Tegel, oder von psychiatrischen Landeskrankenhäusern, wie in Eickelborn, entwickelt. Die Therapie im Kennedy-Youth-Center in Virginia (*48*) beruht stärker auf verhaltenstherapeutischer Grundlage. Nach testpsychologischen Kriterien definierte Tätergruppen werden mit Hilfe individueller Wertpunkt-Belohnungssysteme behandelt, wobei Ausbildung einen zentralen Bestandteil der Therapie darstellt.

Die in den meisten sozialtherapeutischen Anstalten und Abteilungen angewandte kombinierte Therapie (Einzel-, Gruppen-, Familien-, Arbeits-, Milieutherapie, z.T. mit medikamentöser Unterstützung) geht in ihren Prinzipien auf den psychoanalytisch-orientierten Pädagogen Aichhorn zurück (5). Er

behandelte auf diese Weise in den zwanziger Jahren in der österreichischen Anstalt Oberhollabrunn verwahrloste Jugendliche. Aichhorn ging intuitiv und pionierhaft unsystematisch vor. Mangelnde Systematik, besonders im Hinblick auf einheitliche und vergleichbare Auswahl- und Erfolgskriterien und kontrollierte Methoden, muß aber auch der heutigen Praxis und Begleitforschung noch angelastet werden. Hierin mag eine Ursache dafür liegen, daß sich die Sozialtherapie im Grunde kaum über den Aichhorn'schen Ansatz hinaus entwickelt hat.

Fink kommt bei einem kritischen Bericht über 2ooo sozialtherapeutische Projekte zu dem Resultat, daß hiervon nur 3oo wissenschaftlichen Erfordernissen überhaupt entsprechen (*43*). Keines der Programme weist eine über 5 % hinausgehende Differenz der Rückfallquoten zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe aus. Es muß hierbei berücksichtigt werden, daß die Behandlung von Straftätern mit verschiedenen Hindernissen und speziellen Problemen zu kämpfen hat (*78, 86, 154, 159*), von denen nur einige genannt werden sollen. Bread-and-butter-problems, d.h. völlig unzulängliche Mittel zur Beschaffung ausgebildeten, geeigneten Personals in erforderlichem Umfang stehen im Vordergrund der Misere. Wenn man Schnur folgt (*132*), erübrigt sich die Frage nach dem Erfolg sozialtherapeutischer Experimente, da die Betrachtung der generell nur aus Verwaltungsarbeit bestehenden Realität erkennen läßt, daß die Sozialtherapie ohnehin nur in Lehrbüchern existiert. Ein weiteres schwieriges, mit der Personalfrage verknüpftes Problem stellt der unvermeidliche Konflikt zwischen der kustodialen und der therapeutischen Seite der Anstalt dar, der über Auseinandersetzungen unter dem Personal den behandelten Kriminellen die Möglichkeit agierenden Ausspielens liefert. Dieser Konflikt zeigt sich in besonders scharfer Form dort, wo therapeutisch innerhalb des Vollzuges gearbeitet wird. Es muß aber auch im Rahmen

therapeutisch definierter Institutionen mit ähnlichen Abläufen gerechnet werden, da therapeutische Einstellungen nicht nur vom offiziellen Auftrag, sondern u.a. auch von der persönlichen Einstellung beim Personal abhängen (*109, 111*). Die Tatsache, daß die Sozialtherapie kaum verbürgte Erfolge aufweisen kann, dürfte neben mangelnder Systematik und besonderen in der Behandlung liegenden Problemen auch auf nicht ausreichende Differenzierung der Fragestellungen zurückzuführen sein, die Behandlungsexperimenten zugrundeliegen. Sofern bei Therapieversuchen die spezielle Indikation unberücksichtigt blieb und keine Verknüpfung mit definierten Tätertypen erfolgte, sind sie völlig ergebnislos geblieben (*4, 77, 121*).

Zu interessanten Resultaten gelangte eine Untersuchung (PICO project *3*), die an Gefangenen des Vocational Institution in Deuel (USA) durchgeführt wurde. Die zur Behandlungs- und Kontrollgruppe gehörigen Häftlinge wurden eingangs hinsichtlich ihrer therapeutischen Zugänglichkeit beurteilt, definiert als ein testpsychologisch feststellbarer bestimmter Angstlevel. Ergebnis der Untersuchung war, daß die Rückfallquoten bei den behandelten therapiezugänglichen Probanden am niedrigsten, bei den behandelten unzugänglichen Probanden dagegen am höchsten waren. Die niedrigere Rückfälligkeit der unbehandelten, verglichen mit den behandelten unzugänglichen Probanden, ist als Hinweis auf die Möglichkeit paradoxer Therapieeffekte bei Nichtbeachtung spezieller Indikation oder zwangsweiser Anwendung zu verstehen.

1.2. Leidensdruck bei Kriminellen

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit verschiedenen Umständen, die die therapeutische Zugänglichkeit beeinflussen oder mit ihr einhergehen können, und mit Möglichkeiten ihrer Beurteilung. Sie wird definiert als Eingeständnis von Behandlungsbedürftigkeit und Bereitschaft, sich behandeln zu lassen. Die betreffenden Fragen wurden den Probanden zwar in unbestimmter Form gestellt, doch ergab sich aus dem Zusammenhang eindeutig eher ein Bezug auf psychische, als auf körperliche Ursachen. Die folgenden Überlegungen gelten daher in erster Linie für psychotherapeutische, weniger für somatische Behandlung. Da subjektives Leiden eine der Voraussetzungen wirksamer Therapie überhaupt darstellt, indem Behandlungs- und Änderungswunsch hierin ihre motivationale Grundlage haben, kann die vorliegende Arbeit als Beitrag zur Klärung einer allgemeinen Behandlungsindikation von Kriminellen verstanden werden.

Welche Bedeutung dem Behandlungswunsch für den Therapieerfolg im Bereich der somatischen Therapie zukommt, zeigen u.a. die bekannten Placeboeffekte. Für die psychotherapeutische Behandlung jeglicher Richtung steht der Leidensdruck des Patienten ex- oder implizit im Zentrum der Indikations- und Prognosefrage. Heigl (*69*) schreibt dem Leidensdruck eine Steigerung der Frustrationstoleranz zu, die den Patienten die mit der therapeutisch kausalen Aufdeckung seiner Störungen verbundene Unlust besser ertragen läßt. Er unterscheidet "reales" Leiden an den eigentlichen neurotischen Behinderungen und Gehemmtheiten von "irrealem" Leiden lediglich an der subjektiven Bedeutung der Symptome. Letztere Form weise auf eine schwerere psychische Störung hin.

Über den mangelnden Leidensdruck des Kriminellen respektive Psychopathen existiert eine umfangreiche Literatur (*45, 60*). Es wird häufig die Ansicht vertreten, er produziere überhaupt kein Leidensgefühl (*147*), vielmehr suche er sich bestenfalls durch Vortäuschung von Leiden bestimmte Vorteile zu verschaffen. Die Tatsache, daß Kriminelle eine Risikogruppe für Suizidhandlungen darstellen (55), spricht für die Korrekturbedürftigkeit eines stereotypen Vorurteils.

Der scharfe Widerspruch von Rasch gegen dieses "laienhafte Vorurteil" muß dennoch etwas relativiert werden. Das beim Kriminellen mindestens zeitweise vorhandene Leiden am "eigenen Gescheitertsein" ist unter den Gesichtspunkten von Heigl als ein "irreales" und somit prognostisch weniger günstig zu betrachten, da nicht die zugrundeliegenden Gehemmtheiten wahrgenommen werden, sondern nur deren letzte Konsequenzen. Hoher Leidensdruck ist eine Voraussetzung insbesondere für aufdeckende Therapieformen. Allgemeiner gesehen, erfordert aber jede Therapie ein gewisses Maß an Kooperativität von seiten des Patienten, die von der Intensität seines Leidensdruckes abhängt.

Nicht nur die kausale Aufdeckung einer Störung bereitet Unlust, sondern auch die Änderung selbst. Dem Therapieerfolg stehen generell alle diejenigen Faktoren entgegen, die den Krankheitsgewinn des Patienten ausmachen. Lerntheoretisch verstanden, handelt es sich hierbei um all jene Mechanismen, die die spontane Extinktion einer pathologischen Verhaltensweise nicht zustandekommen lassen, indem sie eine Belohnung derselben darstellen. Nach psychoanalytischer Auffassung ist vor allem der sekundäre Krankheitsgewinn von größter Bedeutung für die Chronifizierung einer Störung sowie für die Behandlungsprognose (*41, 150*). S. Freud schreibt hierzu (*44*): "Das Symptom ist einmal da und kann nicht beseitigt werden; nun heißt es, sich mit der Situation befreunden und den größtmöglichen Gewinn aus ihr ziehen."

Zum sekundären Krankheitsgewinn können nach Heigl auch neurotische Ideal- und Ideologiebildungen gerechnet werden, d.h. Glorifizierung von Gehemmtheit und Unvermögen. Der von Lemert konzipierte Begriff der secondary deviation (*93*) bezeichnet ein solches System von Ideologien und anderen Abwehrmechanismen, in welches das deviante Individuum im Verlaufe seiner Karriere als Bösewicht durch soziale Kontrollmechanismen hineingedrängt wird. Bei Identifikation mit der bösen Rolle stellt das zugehörige grandiose Selbstbild eine letztmögliche Station der Identitätsbewahrung dar und bildet beim chronischen Kriminellen in seiner existentiellen Notwendigkeit ein schweres Therapiehindernis.

Während einerseits also einige Merkmale bei Kriminellen auf zumindest wenig therapeutisch nutzbaren Leidensdruck schließen lassen, zeugt andererseits u.a. Häufigkeit von Suizidhandlungen von erheblichem Leiden, das offensichtlich abgewehrt werden muß. Ein ausgedehnter Satz an Abwehrmechanismen dient hier der Unterdrückung von Leiden bzw. Unlust, zu deren Bewältigung das schwache, frustrationsintolerante Ich nicht eingerichtet ist. Unter diesen sind besonders Realitäts- und Problemverleugnung hervorzuheben, die die Wahrnehmung der eigenen realen Situation blockieren (57).

Wenn man sich vergegenwärtigt, daß sich dem Kriminellen die volle Realität des eigenen Gescheitertseins gerade in seinem Versagen in der Freiheit demonstrieren muß, bietet sich die Hypothese an, daß zur Behandlung motivierender Leidensdruck eher dort, als in der realitätsfernen Haftsituation erwartet werden kann. In diesem Sinne läßt sich die bekannte Beobachtung verstehen, daß Delikte begangen werden, um in den Schutz der Anstalt zurückkehren zu können, wo die delinquente Identität erneut abgesichert werden kann. In Anbetracht der Beschränktheit der zur Verfügung stehenden Mittel und gesicherten Methoden bei rigide therapiewidriger Einstellung der Gesellschaft und prinzipiellen Schwierigkeiten, mit denen die Therapie von Kriminellen zu rechnen hat, ergibt sich eine Notwendigkeit zu therapieökonomischem Denken. Die Sozialtherapie steht sowohl der öffentlichen Meinung, als auch ihren potentiellen Klienten gegenüber unter einem gewissen Erfolgszwang. Der Steuerzahler soll Aufwendungen für Zwecke bezahlen, die ihm zunächst intentional recht fernstehen - der Kriminelle soll sich einer Therapie unterziehen, die potentiell eine nicht ungefährliche emotionale Belastung darstellt, ohne daß ein Erfolg mit überzeugender Wahrscheinlichkeit garantiert werden kann. Obschon durchaus Argumente auch für eine ohne Berücksichtigung der Freiwilligkeit verordnete Therapie angeführt werden können (10, 159), steht außer Frage, daß die günstigsten Therapievoraussetzungen generell bei primärem Behandlungswunsch des Patienten vorliegen. Die dann eher zu erwartenden positiven Resultate dürften sowohl auf die öffentliche Meinung,als auch auf die Behandlungs-

motivation zukünftiger Klienten rückwirken. Sofern sich eventuelle Simulanten zweifelsfrei ausschließen ließen, erübrigte sich also sowohl vom ökonomischen, wie vom humanen Standpunkt aus die Zumutung der Anwendung einer nicht freiwillig gewählten Therapie. Freiwilliger Behandlungswunsch könnte dann als einziges, allgemeines Kriterium sozialtherapeutischer Behandlung empfohlen werden. Über spezielle Indikationen kann nur im Hinblick auf bestimmte Therapieformen am Einzelfall entschieden werden.

Zusammenfassend liegen der vorliegenden Untersuchung folgende Fragen zugrunde:

1. Welche realen situativen Momente auf dem Hintergrund welcher anamnestischer Zusammenhänge können den Abwehrpanzer des Kriminellen soweit schwächen, daß zum Behandlungswunsch führendes Leiden auftritt.

2. Läßt sich das zum Behandlungswunsch führende Leiden objektiv feststellen.

2. Anlage der Untersuchung

2.1. Ursprüngliches und abgewandeltes Konzept

Die Untersuchung, auf deren Grundlage die vorliegende Arbeit entstand, wurde von April 1972 bis September 1973 in der Senatsdienststelle für hauptamtliche Bewährungshelfer in Berlin durchgeführt.

Nach Studium der einschlägigen Literatur wurde zunächst von der Annahme ausgegangen, daß Probanden, die sich im Rahmen der heutigen Bewährungshilfe als Problemfälle darstellen, für den mit Einführung der Führungsaufsicht zu erwartenden Kreis der Probanden repräsentativ sind (*1, 13, 22, 23, 24, 46, 71, 88, 90, 96, 102, 115, 125, 141, 144, 145*). Mit der Zielsetzung, eine Art Bestandsaufnahme, der aus der Sicht der Bewährungshelfer behandlungsbedürftigen Fälle durchzuführen, wurden die Bewährungshelfer aufgefordert, diejenigen ihrer Probanden für eine medizinisch-psychologische Untersuchung anzumelden, bei denen sie das Vorliegen behandlungsbedürftiger körperlicher und/oder psychischer Störungen vermuteten. Nach eingehender Unterrichtung über Ziel und Methode der Untersuchung (s.u.) wurde ihnen für die Meldung ein Erfassungsbogen vorgegeben, der es erlaubte, kurz die besonderen Probleme des Probanden anzugeben, sowie Anmerkungen über sein Verhalten im Kontakt mit dem Bewährungshelfer zu machen. Die ursprünglichen Pläne gingen dahin, durch Zufallsauswahl eine Vergleichsgruppe nicht gemeldeter Probanden zusammenzustellen. In der sich auf Hinweise aus der Literatur gründenden Erwartung einer hohen Zahl von Meldungen sollte der Erhebungszeitraum auf 4 Wochen vor Beginn der Untersuchung beschränkt bleiben.

Mehrere Umstände zwangen bald zu einer Modifikation dieses Vorhabens. Eine der Schwierigkeiten bestand in der überraschend geringen Anzahl der eingehenden Meldungen. Eine weitere kündigte sich durch die Skepsis der Bewährungshelfer hinsichtlich der Untersuchungsbereitschaft sowohl der gemeldeten, als auch der zufallsbestimmten Probanden an. Als häufigster Grund für letztere Befürchtung wurde unzureichender Kontakt zwischen Bewährungshelfer und Proband genannt. Gerade die problemreichsten Probanden seien diejenigen, die dazu neigten, sich

der Bewährungsaufsicht zu entziehen. Andererseits konnte nach Meinung der Bewährungshelfer damit gerechnet werden, daß manche Probanden spontan auf eine angebotene Untersuchung eingehen würden, wenn sie sich in einer aktuellen Krisensituation befänden. Während also die zeitliche Vorausplanung der Untersuchungen nach Konzept unter wissenschaftlich einwandfreien Voraussetzungen erheblichen Leerlauf erwarten ließ, hätte damit auch ein Verzicht auf möglicherweise spontan untersuchungsbereite Probanden in Kauf genommen werden müssen. In Abwandlung der ursprünglichen Absicht wurde daher der Meldungszeitraum auf 4 Monate ausgedehnt und im Januar 1973 mit den Untersuchungen begonnen, die sich auf gemeldete, zufallsbestimmte und spontan untersuchungsbereite, m.a.W. sämtliche erreichbaren Probanden erstreckte. Das vorgesehene Auslesekriterium "Behandlungsbedürftigkeit aus der Sicht des Bewährungshelfers" wurde fallengelassen zugunsten einer Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit nach medizinisch-psychologischen Gesichtspunkten sowie vom Standpunkt des untersuchten Probanden selbst. Nach Abwandlung der Fragestellung wurden folgende neue Dichotomisierungen vorgenommen: Die Stichprobe wurde nach der Einstellung der Probanden zu Behandlungsbedürftigkeit und -bereitschaft, dem durch die Untersucherin geschätzten Grad der psychopathologischen Auffälligkeit und dem körperlichen Untersuchungsbefund in je eine positive Untersuchungs- und eine negative Kontrollgruppe geteilt. Es sollten einerseits die Beziehungen dieser Hauptvariablen untereinander, andererseits ihr Zusammenhang mit den psychologischen Testbefunden und ausgewählten anamnestischen Daten rechnerisch untersucht werden. Das Interessenschwergewicht lag auf einer differenzierten Erfassung von inneren und äußeren Faktoren, die den Behandlungswunsch des Probanden bedingen oder begleiten.

2.2. Methoden

Die Untersuchung umfaßte die Aufnahme einer umfangreichen standardisierten Anamnese, eine körperliche Untersuchung sowie die Anwendung psychologischer Tests. Die Auswahl der anamnestischen Fragen erfolgte weitgehend in Anlehnung an bisherige Untersuchungen von Delinquenten (53). Hierbei interessierten Informationen zur Herkunfts- bzw. Erziehungsfamilie, zum Lebenslängsschnitt und zur aktuellen Situation. Die überwiegend durch die Probanden selbst gelieferten anamnestischen Daten wurden im Bereich der Legalanamnese durch Aktenstudium und Angaben der Bewährungshelfer ergänzt.

Es wurden die folgenden Tests durchgeführt: Hamburg Wechsler Intelligenztest für Erwachsene, Freiburger Persönlichkeitsinventar, Gießen-Test als Selbstbild. Die Wahl der anzuwendenden Testverfahren wurde u.a. durch das Bestreben bestimmt, umfassenden Informationsgewinn mit möglichst geringer Belastung der Probanden zu verbinden, um das Auftreten von Abwehrhaltungen zu verhindern (137).

Der Hamburg Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE) ist in einen Verbal- und einen Handlungsteil gegliedert, die je 5 Untertests umfassen. Das so erhaltene Intelligenzprofil läßt diagnostische Schlüsse zu im Vergleich mit verschiedenen zur Standardisierung herangezogenen klinischen Gruppen. Wegen seines hohen Informationsgehaltes und der klientenfreundlichen Anwendungsmöglichkeit wurde dem HAWIE der Vorzug gegenüber weniger aufwendigen Verfahren der Intelligenzmessung gegeben (152).

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) ist ein mehrdimensionaler Persönlichkeitstest, der nach den Regeln der klassischen Testtheorie und den Konventionen der Fragebogenmethodik entwickelt wurde. Er umfaßt in der verwendeten Halbform B 114 Items, die der Proband alternativ mit "stimmt" oder "stimmt nicht" zu beantworten hat. Die Fragestellungen beziehen sich auf Verhaltensweisen, Befinden, körperliche Beschwerden, Einstellungen und Gewohnheiten, die der Vp bewußt sind. Faktorenanalytisch lassen sich die Items auf neun Dimensionen zurückführen mit den heuristischen Benennungen Nervosität,

Aggressivität, Depressivität, Erregbarkeit, Geselligkeit, Gelassenheit, Dominanzstreben, Gehemmtheit und Offenheit. Zusätzlich wurden mit ausschließlich itemanalytischer Methodik drei weitere Skalen konstruiert: Extraversion - Introversion, emotionale Labilität - Stabilität, Maskulinität - Feminität. Im Gegensatz zu dem wesentlich aufwendigeren MMPI (*66, 67*), zielt der FPI nicht auf Erfassung besonderer klinischer Gruppen (*39, 52, 128*).

Der Gießen-Test ist ebenfalls ein Persönlichkeitsfragebogen. Seine Konstruktion beruht allerdings überwiegend auf tiefenpsychologischen theoretischen Überlegungen und nur teilweise auf faktorenanalytischer Grundlage. Er wurde trotz seiner zweifelhaften Validität hier verwendet, da ein für die Zwecke dieser Untersuchung geeigneter vergleichbarer anderer Test nicht existiert. Der Gießen-Test soll in erster Linie tiefenpsychologisch relevante psychosoziale Merkmale erfassen. Die Mehrzahl der 40 Items spricht die individuelle Selbsteinschätzung der Vp im Vergleich mit anderen Menschen auf dem Hintergrund sozialer Rollen- und Gruppenbeziehungen an. Der Gießen-Test kann neben dem Selbstbild auch als Selbstideal und Fremdbild aufgenommen werden, wodurch sich die Möglichkeit der Diagnostik intra- und interpersoneller Spannungen und Beziehungen ergibt. Die Ankreuzung erfolgt alternativ bipolar bei sechs um einen angenommenen Normalwert gewichteten Steigerungsstufen. Die Items können den folgenden Skalen zugeordnet werden, die als Merkmalskomplexe für die psychoanalytische Diagnostik von Bedeutung sind: Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit, Soziale Potenz. In zwei gesonderten Skalen wird das Ausmaß der Normanpassungs- bzw. Extremabweichungstendenz erfaßt. In die vorliegende Arbeit wurden lediglich die Ergebnisse des Selbstbildes im Gießen-Test einbezogen (*15*).

2.3. Durchführung

Die durchschnittliche Dauer der auf freiwilliger Basis durchgeführten Untersuchung betrug 2 mal 2 Stunden pro Proband. Sie wurde mangels zur Verfügung stehender Mittel nicht honoriert. Da sie wegen Berufstätigkeit der meisten Probanden häufig in den Abendstunden erfolgte, bedeutete sie für die Probanden auch eine nicht unerhebliche zeitliche Belastung. Zwiespältige Einstellung der Probanden schlug sich vornehmlich in Nichteinhaltung oder mehrfachem Aufschub, besonders des zweiten Untersuchungstermines nieder. Als häufigster Entschuldigungsgrund wurde eine körperliche Erkrankung angegeben. Die Fragestellung mußte umgekehrt werden, indem Ablehnung der Untersuchung naheliegender schien und nach Gründen für vorhandene Untersuchungsbereitschaft gesucht werden mußte. Diese erwiesen sich als recht komplex. Zum Teil war offensichtlich der individuell unterschiedliche Einfluß des Bewährungshelfers entscheidend gewesen bzw. die Art, in der ein Proband von ihm angesprochen worden war. Bei einem anderen Teil der Probanden bestand ein unmittelbares Bedürfnis, sich untersuchen zu lassen, weil sie sich aus der Untersuchung Hilfe für ein gerade für sie aktuelles Problem versprachen. Ein derartiges Problem existierte aber in fast allen Fällen und kam selbst bei solchen Probanden zur Sprache, die ihre Teilnahme an der Untersuchung mit der Bereitschaft erklärt hatten, an einem Forschungsprojekt mitzuwirken. Diese Beobachtung legte die Annahme nahe, daß Untersuchungsbereitschaft bereits subjektives Behandlungsbedürfnis signalisiere. Das Verhalten mancher Probanden ließ ferner den Schluß zu, daß bereits der Untersuchungssituation ein im weitesten Sinne therapeutischer Charakter zugemessen wurde.

2.4. Auswertung

Für die meist in mehrere Klassen unterteilten Variablen wurden zunächst Häufigkeitsverteilungen und gegebenenfalls Mittelwerte ermittelt. Für die statistische Überprüfung von Korrelationen wurden die interessierenden Variablen dichotom rekategorisiert, so daß sich jeweils zwei annähernd gleichgroße Gruppen ergaben.

Bei den vier Items "Behandlungsbedürftigkeit", "Behandlungsbereitschaft", "psychopathologische Auffälligkeit" und "körperlicher Untersuchungsbefund" wurde dabei folgendermaßen verfahren. Es wurden jeweils die Rubriken mit den Aussagen "unauffällig, negativ, leicht oder fraglich" einerseits sowie mit den Aussagen "auffällig, positiv, schwer oder eindeutig" andererseits zu je einer Gruppe zusammengefaßt. Somit resultierten die folgenden Recodierungen:

Behandlungsbedürftigkeit
- positiv (eindeutig positiv)
- negativ (unsicher / fraglich, negativ)

Behandlungsbereitschaft
- positiv (eindeutig positiv)
- negativ (unsicher / fraglich, negativ)

Psychopathologische Auffälligkeit
- positiv (schwer / eindeutig auffällig, hochabnorm)
- negativ (leicht / fraglich auffällig, unauffällig)

Körperlicher Untersuchungsbefund
- positiv (eindeutig behandlungs- bzw. untersuchungsbedürftig)
- negativ (fraglich untersuchungs- bzw. behandlungsbedürftig, unauffällig)

Bei einer Reihe anamnestischer Items wurde in sinngemäß ähnlicher Weise eine dichotome (in einigen Fällen trichotome) Recodierung vorgenommen, soweit die vorliegenden Häufigkeitsverteilungen dies sinnvoll erscheinen ließen.

An statistischen Prüfverfahren kamen im einzelnen je nach Fragestellung und Skalenniveau der vorliegenden Daten (27, 34) folgende Verfahren zur Anwendung: Chi-Quadrat-Probe, T-Test, punktbiserialer Korrelationskoeffizient.

3. Häufigkeitsverteilungen in der Gesamtstichprobe

3.1. Zusammensetzung bezogen auf die Bewährungshelfer

Im gesamten Meldungszeitraum wurden 14o Problemfälle von 29 der insgesamt 32 in der Dienststelle tätigen Bewährungshelfer gemeldet. Bei einer Gesamtprobandenzahl von 18oo im Sommer 1973 entspricht dies einem Anteil von knapp 8 %. Die Verteilung auf die einzelnen Bewährungshelfer war sehr unterschiedlich. Mehr als die Hälfte der gemeldeten Probanden stammten von einem Drittel der Bewährungshelfer. Die schließlich untersuchte Gruppe umfaßte 89 Probanden und rekrutierte sich nur etwa zur Hälfte aus den ursprünglich gemeldeten Fällen. Mehr als die Hälfte dieser letzteren Probanden kamen von nur einem Fünftel der an den Meldungen beteiligten Bewährungshelfer. Ein Viertel der Bewährungshelfer konnte keinen der gemeldeten Probanden zur Untersuchung veranlassen. Die beiden anderen Untersuchungsgruppen setzten sich zu je einem Viertel aus Fällen zusammen, die ursprünglich für die Vergleichsgruppe vorgesehen waren und aus spontan an der Untersuchung interessierten Probanden. Bei 8 Probanden konnte die Untersuchung nicht beendet werden, weil sie den zweiten Untersuchungstermin endgültig fallen- bzw. durch die Bewährungshelfer absagen ließen.

Zusammengefaßt ergab sich also folgende Gruppenzusammensetzung:

- Gruppe I	(gemeldete Probanden)	41 Probanden
- Gruppe II	(Vergleichsgruppe)	19 Probanden
- Gruppe III	(spontan interessierte Probanden)	21 Probanden

Die verbleibenden 81 voll untersuchten Probanden, 78 Männer und 3 Frauen, gehörten zu der Klientel von 25 Bewährungshelfern, 19 männlichen und 6 weiblichen. Von diesen Probanden kamen fast zwei Drittel (51) von nur 8 Bewährungshelfern, d.h. einem Viertel aller Bewährungshelfer. Vier dieser 8 Bewährungshelfer, die also

quantitativ den überwiegenden Anteil der Probanden zur Untersuchung bewogen, waren weiblichen Geschlechts. Die Relation männlicher zu weiblicher Bewährungshelfer in der Dienststelle betrug 26:6. Die weiblichen Bewährungshelfer waren mit mehr als einem Drittel der untersuchten Probanden (29) also relativ stärker an der Untersuchung beteiligt als ihre männlichen Kollegen.

Die angeführten Zahlenverhältnisse legen nahe, daß die Persönlichkeit des Bewährungshelfers eine einflußreiche Größe für die Untersuchungsbereitschaft der Probanden war, wofür sich auch hier nicht berücksichtigte weitere Hinweise fanden (119). Von Bedeutung könnte sein, daß die Untersuchung von einer Frau durchgeführt wurde (167). Wegen der kleinen Anzahl der auf die einzelnen Bewährungshelfer entfallenden Probanden können über diesen Faktor keine statistisch relevanten Aussagen getroffen werden.

3.2. Anamnestische Angaben und Untersuchungsbefunde

3.2.1. Legalanamnese

Die Probanden waren durchschnittlich mit insgesamt 6 Strafen belastet. 3 Probanden standen wegen ihrer ersten Straftat unter Bewährungsaufsicht, 2 hatten 20 und mehr Strafen erhalten. Bei Aufteilung in drei Gruppen ergaben sich folgende Verhältnisse hinsichtlich der Gesamtzahl der Strafen: *)

- bis 5 Strafen 42 Probanden
- bis 10 Strafen 22 Probanden
- über 10 Strafen 14 Probanden

Bei den meisten Probanden konnte das Vorwiegen einer bestimmten Deliktrichtung festgestellt werden, dem größere Bedeutung zugemessen wurde als der Art der letzten Straftat. Hierbei fand sich vorwiegende Eigentumsdelinquenz **) fast ebenso häufig wie sämtliche übrigen Deliktrichtungen, soweit beurteilbar, zusammen.

- Eigentumsdelikte 33 Probanden
- andere Delikte 38 Probanden

---

*) Die im Hinblick auf die Korrelationsergebnisse interessierenden Variablen werden in der bei der Berechnung benutzten recodierten Form mitgeteilt. Hierbei sind nicht immer alle 81 untersuchten Probanden erfaßt, soweit sie keine Angaben machen konnten oder die betreffende Variable sich als nicht zutreffend erwies.

**) Unter den angegebenen Kategorien wurden folgende Straftatbestände begriffen: Eigentumsdelinquenz = einf., schw., räuber.Diebstahl, Raub / Körperverletzung = einf. u. schw. Kpvl., Totschlag, Mord / Sexualdelikte = Erregung öffentl.Ärgernisses, Unzucht m. Kind, Abhäng., zw.Männern, Notzucht / "raffinierte" Delikte = Betrug, Unterschlagung, Hehlerei, Nötigung, Erpressung, Hochstapelei, Verkehrsdelikte = F.o.F., Trunkenheit i.V., unbef.Benutzg. von Kfz / sonstige Delikte = Widerstand gegen Staatsgew.,

Die als "andere Delikte" zusammengefaßte, sehr heterogene Gruppe bestand aus folgenden Kategorien: "Raffinierte" Delikte (14), Sexualdelikte (8), Körperverletzung (4), Verkehrsdelikte (4), Vergehen gegen das Opimgesetz (2) und sonstige Delikte (6).

Die Probanden waren im Mittel insgesamt 56 Monate inhaftiert gewesen (Untersuchungshaft einbegriffen). 9 Probanden hatten sich nie, 5 Probanden 20 Jahre und länger, 13 Probanden 10 Jahre und länger in Haft befunden. Von den Häufigkeiten her bot sich für die Gesamtinhaftierungszeit folgende Aufteilung an, bei der die nie Inhaftierten in die erste Gruppe einbezogen wurden:

- bis 1 Jahr 32 Probanden
- bis 5 Jahre 28 Probanden
- über 5 Jahre 21 Probanden

Die Höhe der letzten Strafe, mit welcher die derzeitige Bewährungsaufsicht in Zusammenhang stand, betrug durchschnittlich 24 Monate, bei einem Minimum von 2 Monaten in 3 und einem Maximum von Verurteilung auf lebenslängliche Zeit in 4 Fällen.

Diejenigen Probanden, die sich unmittelbar vor der Bewährungsunterstellung in Haft befunden hatten, waren dort durchschnittlich 27 Monate. Fast zwei Drittel hatten in dieser Weise kürzlich Zeit verbüßt (48). Die kontinuierlich erfaßte Variable wurde in folgender Weise recodiert:

- bis 6 Monate 19 Probanden
- bis 12 Monate 35 Probanden
- über 12 Monate 19 Probanden

Die Einstellung zur Bewährungsaufsicht war bei der Mehrheit positiv. Die übrigen Probanden äußerten sich indifferent (18) oder eindeutig negativ (19) hierzu.

- Einstellung zur Bewährungsaufsicht positiv 44 Probanden
- Einstellung zur Bewährungsaufsicht negativ/ indifferent 37 Probanden

Die Unterstellung erfolgte in der Hälfte der Fälle (42) als einfache Strafaussetzung nach § 23 StGB a.F. Bei den übrigen Probanden handelte es sich um bedingte Entlassungen nach § 26 StGB (34) und um Entlassungen aus Heilanstalten oder Sicherungsverwahrung nach § 42 h (5). Bei den meisten Probanden handelte es sich um ihre erste Bewährungsaufsicht (55). Von diesen war bei 30 Probanden überhaupt zum ersten Mal eine Strafe zur Bewährung ausgesetzt worden. Etwa ein Drittel hatten bereits ein- oder mehrmals unter Bewährungsaufsicht gestanden, die bei der Mehrzahl mindestens einmal widerrufen worden war.

Die bei einem Widerruf der jetzigen Bewährung zur Verbüßung anstehende Zeit, vereinfachend als Strafrest bezeichnet, betrug im Mittel 15 Monate, variierend zwischen 1 und 60 Monaten bzw. unbestimmter Zeit in 3 Fällen. Die kontinuierlich erfaßte Variable Strafrest wurde in folgender Weise trichotomisiert:

- bis 6 Monate 19 Probanden
- bis 12 Monate 35 Probanden
- über 12 Monate 19 Probanden

Das durchschnittliche Alter des ersten behördlichen Auffälligwerdens nach der Erinnerung der Probanden betrug 18 Jahre, die meisten Probanden waren mit 16 Jahren zum ersten Mal auffällig geworden. Als niedrigstes Alter wurde 7 Jahre,

als höchstes Alter 40 Jahre angegeben. Nur 4 Probanden waren bis zum 10. Lebensjahr und 8 nach dem 25. Lebensjahr, die Mehrheit also als Jugendliche, durch die erste Straftat aufgefallen.

Zu der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles äußerten sich die Probanden dahingehend, daß die Mehrheit einen solchen für möglich hielt.

- Rückfall möglich 37 Probanden
- Rückfall nicht möglich 35 Probanden

3.2.2. Aufwachsen - Herkunftsfamilie

Die Probanden waren im Mittel 34 Jahre alt, der jüngste war 23 Jahre, der älteste Proband 61 Jahre alt.

Fast die Hälfte der Probanden befand sich irgendwann in Heimen, wobei die Art der Heime nicht ermittelt werden konnte, weil sie häufig weder den Probanden erinnerlich, noch den Akten zu entnehmen waren.

- Heimaufenthalt ja 39 Probanden
- Heimaufenthalt nein 42 Probanden

Den Anlaß der Heimaufnahme stellten nach Angaben der Probanden am häufigsten Erziehungsschwierigkeiten dar (29), bei den übrigen Probanden lag in der häuslichen Situation die Ursache der Heimeinweisung (12).

Das durchschnittliche Alter bei der Heimaufnahme betrug 11,6 Jahre, wobei 2 unter einem Jahr alt waren, 1 Proband das höchste Alter von 18 Jahren hatte.

Die Aufenthaltsdauer im Heim lag im Mittel bei 4,6 Jahren, bei einem Minimum von bis zu 1 Jahr und einem Maximum von 19 Jahren.

Beurteilt nach dem überwiegend ausgeübten Beruf des leiblichen Vaters stammten die Probanden in der Mehrzahl aus unteren sozialen Schichten (42), nur etwa ein Drittel war der Mittelschicht zuzuordnen (28). Wenn der Beruf des E-Vaters *) zugrundegelegt wurde, waren 40 Probanden in Unterschichtverhältnissen aufgewachsen, 24 in der Mittelschicht. Bei den übrigen Probanden konnten die Berufe der Väter nicht ermittelt werden, z.B. wenn sie keine Angaben machen konnten oder keinen bestimmbaren E-Vater hatten.

Die meisten Probanden gaben eheliche Geburt an. Mit den Unehelichen wurden nur diejenigen erfaßt, die nicht nachträglich als ehelich anerkannt worden waren.

- ehelich 59 Probanden
- unehelich 20 Probanden

In weniger als der Hälfte der Fälle war der leibliche Vater auch der E-Vater. 13 Probanden konnten keinen E-Vater angeben, bei den übrigen waren leiblicher Vater und E-Vater nicht identisch.

- leiblicher Vater = E-Vater 38 Probanden
- anderer E-Vater als leibl. Vater 30 Probanden

---

*) Mit "E" wird die Erziehungs- oder Ersatzfamilie gekennzeichnet. Bei den meisten Probanden war die leibliche Familie nicht völlig mit der E-Familie identisch. Verschiedene Wechsel der Erziehungspersonen und der Anzahl der in der Familie befindlichen Kinder hatten stattgefunden. Mangels eines einzelnen geeigneten äußeren Kriteriums wurde die Bestimmung der zur E-Familie gehörigen Personen dem Probanden überlassen. Die als E-Vater bezeichnete Person hatten die Probanden wohl als Erziehungsvater erlebt, in vielen Fällen offenbar unabhängig von der Dauer seiner Anwesenheit.

Ein Drittel hatte keine deutliche Erinnerung an die erste Vaterfigur (26), zwei Drittel hatten ein- bis mehrfachen Wechsel des E-Vaters erlebt (55). Nur ein Drittel hatte eine konstante E-Vaterfigur (26).

Hinsichtlich der Mutterfigur lagen die Verhältnisse anders. Drei Viertel waren durch die leibliche Mutter erzogen worden. Bei einem Viertel der Probanden war die leibliche Mutter nicht mit der E-Mutter identisch. Nur 1 Proband hatte keine E-Mutter.

- leibliche Mutter = E-Mutter	59 Probanden
- andere E-Mutter als leibl. Mutter	21 Probanden

Fast zwei Drittel hatten während Kindheit und Jugend überwiegend mit einer konstanten Mutterfigur zusammengelebt. Dies war bei mehr als einem Drittel nicht der Fall, wovon in 6 Fällen keine deutliche Erinnerung an die leibliche Mutter bestand. Diese Probanden hatten ein- bis mehrfachen Wechsel der E-Mutter oder Trennung von der leiblichen Mutter während der Kindheit erlebt.

- konstante E-Mutter	50 Probanden
- Wechsel der E-Mutter	31 Probanden

Über ein Drittel aller Probanden hatten offenbar irgendwann den Kontakt zum eventuell lebenden leiblichen Vater verloren. Dies drückte sich objektiv darin aus, daß sie nicht anzugeben wußten, ob und wo er lebte. Die übrigen zwei Drittel waren hinsichtlich Existenz oder Aufenthaltsort ihres leiblichen Vaters soweit orientiert, daß ein völliger Kontaktverlust nicht angenommen werden mußte. Kontaktverlust zur möglicherweise lebenden leiblichen Mutter ließ sich in knapp einem Viertel aller Fälle feststellen, bei drei Viertel war der Kontakt nicht gänzlich abgebrochen.

- Kontaktverlust zum leiblichen Vater ja 30 Probanden
- Kontaktverlust zum leiblichen Vater nein 19 Probanden

Der Erziehungsstil des E-Vaters wurde von den Probanden am häufigsten als "streng-hart" gekennzeichnet. Soweit er anders empfunden wurde, nannten ihn die übrigen Probanden "nachgiebig-verwöhnend" (11), "inkonsequent" (12), "gleichgültig-desinteressiert" (8) und "unauffällig" (9).

- Erziehungsstil E-Vater streng-hart 21 Probanden
- Erziehungsstil E-Vater anders 40 Probanden

Die Mehrheit der Probanden äußerte, heute eine positive Einstellung zum E-Vater zu haben, während die übrigen mehr oder weniger starke Differenzen empfanden.

- Einstellung zum E-Vater positiv 35 Probanden
- Einstellung zum E-Vater anders 29 Probanden

Den Erziehungsstil der E-Mutter hatten die Probanden überwiegend als "nachgiebig-verwöhnend" erlebt. Wo dies nicht der Fall war, wurde er mit gleicher Häufigkeit als "streng-hart" oder "inkonsequent" bezeichnet (je 17), die übrigen Probanden nannten ihn "gleichgültig-desinteressiert" (3) oder "unauffällig" (7).

- Erziehungsstil der E-Mutter nachgiebig-verwöhnend 35 Prob.
- Erziehungsstil der E-Mutter anders 44 Prob.

Die Mehrheit brachte eine positive innere Einstellung der E-Mutter gegenüber zum Ausdruck. Zum geringeren Teil wurde das Verhältnis als konfliktheft empfunden.

- Einstellung zur E-Mutter positiv 55 Probanden
- Einstellung zur E-Mutter anders 25 Probanden

Aus Tabelle I geht hervor, mit welchen Erziehungspersonen die Probanden in den verschiedenen Altersstufen von der frühen Kindheit über Vorschul- und Schulalter bis zur Ablösung vom Elternhaus gelebt hatten.

Tabelle I - Erziehungspersonen von 81 Probanden der Bewährungshilfe beim Aufwachsen in verschiedenen Altersstufen

Erziehungspersonen	0 - 1 Jahr	2 - 6 J.	7 - 11 J.	12 - 18 J.
Eltern, d.h. mindestens ein leibliches Elternteil und dessen damaliger Lebenspartner	47 - 58 %	34 - 42 %	40 - 49 %	28 - 35 %
Nur mit einer oder mehreren weiblichen E-Personen, kein Mann	15 - 18 %	20 - 25 %	16 - 20 %	10 - 12 %
andere *) Verhältnisse bzw. kA	19 - 24 %	27 - 33 %	25 - 31 %	43 - 53 %
N = 100 = 100 %				

In den Kindheitsjahren hatten die meisten Probanden mit männlichen und weiblichen Erziehungspersonen zusammengelebt. In ca. einem Fünftel bis einem Viertel der Fälle fehlte aber eine männliche Erziehungsperson völlig in den Altersstufen bis zur Präpubertät. Es dürfte sich in diesen Fällen meist um Erziehung durch Mutter und Großmutter gehandelt haben. Weiteren Aufschluß gibt eine Aufgliederung der Kategorie "andere Verhältnisse", unter denen in der Zeit bis zur Präpubertät ein Viertel bis ein Drittel, danach über die Hälfte der Probanden aufwuchsen.

*) In der bei der Berechnung benutzten recodierten Form enthält die Kategorie "andere Verhältnisse" diejenigen Probanden nicht, die keine Angaben machen konnten (kA).

Erziehungspersonen bzw. Ersatz	0 - 1 Jahr	2 - 6 J.	7 - 11 J.	12 - 18 J.
kA bzw. häufig wechselnd	4	4	4	23
Großeltern	4	7	7	3
Adopt. und Pflegeeltern	1	2	5	3
Mutter und deren Familie	7	10	5	4
Vater und dessen Familie	1	1	-	-
Heim	2	3	4	10

Bei diesem Teil der Probanden übten in den frühen Jahren mehr die Großeltern ganz oder teilweise Erziehungsfunktionen aus. Adoptiv- oder Pflegeeltern standen selten und relativ spät zur Verfügung. In der Phase der Pubertät und des Heranwachsens befand sich die Mehrheit dieser Probanden in unbestimmbaren oder wechselhaften Verhältnissen bzw. in Heimen. Der äußere Rahmen einer intakten Familie kann kontinuierlich bis zum 18. Lebensjahr maximal bei einem Drittel aller Probanden vorhanden gewesen sein (28). Diese gilt nur für den Fall, daß sich die betreffenden Probanden in den Altersstufen 0 - 11 Jahre ebenfalls bei den "Eltern" befanden. Da lediglich nach dem überwiegenden Aufenthaltsort gefragt wurde, können auch diese Probanden Wechsel der Erziehungsumgebung erlebt haben. Wie häufig tatsächlich Wechsel der Verhältnisse in allen klassifizierbaren Umständen und allen Altersstufen stattgefunden haben müssen, geht auch aus den horizontalen Zahlenveränderungen hervor.

Hinsichtlich Auffälligkeiten der Eltern wurden die Probanden nach deren körperlichen Leiden bzw. Kränklichkeit, allgemeiner psychopathologischer oder sozialer Auffälligkeit isoliert oder in Kombination miteinander gefragt. Ferner wurde gezielt nach Abusus und Nervenkrankheit als besonderen Formen psychopathologischer Auffälligkeit geforscht. Nach einzelnen Kategorien gesondert, ergaben sich unterschiedliche Bilder bei den Vater- und Mutterfiguren.

Auffälligkeiten *)	leiblicher Vater	E-Vater
körperlich	8	9
psychopathologisch	12	1o
sozial	4	1
körp. und psychopath.	16	2o
körp. und sozial	-	-
psychopath. und sozial	3	2
körp. und psychopath. und sozial	8	7
keine Auffälligkeiten	1o	15
Abusus	28	24
Nervenkrankheit	1	1
Abusus und Nervenkrankheit	1	-

*) Wegen der hier interessierenden Details in der Verteilung werden die die Auffälligkeiten der Elternfiguren betreffenden Variablen in der unrecodierten Form dargestellt. Eine signifikante Korrelation ergab sich für die recodierten Variablen nur für das Item Auffälligkeit des E-Vaters (siehe Korrelationsergebnisse - psychopathologische Auffälligkeit):

- E-Vater auffällig 49 Probanden
- E-Vater nicht auffällig 15 Probanden

Auffälligkeiten	leibliche Mutter	E-Mutter
körperlich	25	29
psychopathologisch	6	6
sozial	2	2
körp. und psychopath.	14	18
körp. und sozial	3	1
psychopath. und sozial	3	2
körp. und psychopath. und sozial	1o	7
keine Auffälligkeiten	12	15
Abusus	9	8
Nervenkrankheit	4	4
Abusus und Nervenkrankheit	3	4

Bei der Beurteilung der Angaben, die die Probanden zur Auffälligkeiten ihrer Eltern machten, muß hervorgehoben werden, daß es sich hierbei nicht um, im diagnostischen Sinne, objektive Daten handeln konnte. Es wurde durch direkte Befragung, wenn erforderlich, durch Erklärungen unterstützt *), lediglich

---

*) Soweit es sich um körperliche Störungen handelte, wurde die betreffende Kategorie angekreuzt, wenn der Proband der Meinung war, daß eine körperliche Ursache zugrundelag, die Person also als "krank" bzw. "kränklich" im körperlichen Sinne galt. Alterserscheinungen der Erziehungspersonen, soweit sie erst kürzlich aufgetreten waren, wurden nicht berücksichtigt, wohl aber, wenn sie bereits während der Kindheit und Jugend des Probanden zutagegetreten waren. In ähnlicher Weise wurde bei der Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten verfahren. Es wurde z.B. gefragt, ob die betreffende Person wohl seelische Probleme gehabt und das resultierende Verhalten den Bereich des "Normalen" überschritten habe, sie also als Sonderling, auffällig o.ä. betrachtet wurde. Unter sozialer Auffälligkeit wurde neben Delinquenz Verhalten verstanden, das außerhalb der Familie zu Störungen z.B. im Arbeitsbereich oder im Kontakt mit den Nachbarn führte u.ä., die Person also innerhalb ihres sozialen Rahmens auffiel. Als besonders schwierig erwies sich die Bestimmung des Rauschmittelmißbrauches, was sich schon daraus ableiten läßt, daß bei einem Großteil der Probanden selbst ein Abusus vorlag. Sofern der Proband der Meinung war, daß ein Mißbrauch bestand, wurde seine Ansicht übernommen. Im übrigen wurde danach gefragt, ob die betreffende Person z.B. so viel oder so häufig trank, daß im Zusammenhang damit Auseinandersetzungen entstanden. Die Bezeichnung "nervenkrank" wurde ohne nähere Differenzierung, zu der die Probanden nicht in der Lage waren, als ihre Aussage festgehalten. Bei den Vätern mit Abusus handelte es sich fast ausschließlich um Alkoholmißbrauch, während bei den Müttern Tablettenmißbrauch und polyvalente Suchtformen überwogen.

das subjektive Bild gewonnen, das die Probanden von ihren Angehörigen hatten.

Insgesamt ist festzuhalten, daß nur wenige Probanden ihre Eltern und E-Eltern als völlig unauffällig bezeichneten. Das gesamte Familienbild war weit stärker von körperlichem Leiden und psychopathologischer als von sozialer Auffälligkeit geprägt. Nur 3 Probanden bezeichneten ihre gesamte leibliche Familie und nur 5 Probanden ihre gesamte E-Familie als völlig unauffällig.

3.2.3. Ausbildung - Arbeit - wirtschaftliche Situation

Die Mehrzahl der Probanden hatte eine abgeschlossene Volksschulbildung (54), Sonderschulabschluß oder abgebrochene Sonder- oder Grundschulausbildung lagen in 14 Fällen vor. 11 Probanden hatten eine Mittel- oder Oberschule bis zur Mittleren Reife bzw. in einem Fall bis zum Abitur besucht.

Die weitere Ausbildung bestand bei 31 Probanden in einer Lehre, bei 24 nur in einem Anlernberuf. Über ein Viertel hatten keinerlei weitere Ausbildung nach der Schulzeit erhalten.

- Ausbildung nein 23 Probanden
- Ausbildung ja 58 Probanden

Der an sich schon niedrige Ausbildungsstand wurde derzeit relativ häufig nicht einmal ausgenutzt, indem ein großer Teil der Probanden gar nicht (22) oder nicht in seinem erlernten Beruf arbeitete (41).

Hierbei spielte vermutlich die Notwendigkeit eine Rolle, das Faktum der Straffälligkeit am Arbeitsplatz und vor allem vor dem Arbeitgeber geheimzuhalten, wodurch eine gewisse Beschränkung zugänglicher Arbeitsstellen gegeben war.

Ein großer Teil der Probanden äußerte, Interesse an einer Weiterbildung bzw. Umschulung zu haben. Soweit derartiges Interesse bestand, hatten situative Probleme die Realisierung meist bisher nicht zugelassen (28). Nur 8 Probanden hatten bereits entsprechende Schritte unternommen.

- Interesse an Weiterbildung nein 37 Probanden
- Interesse an Weiterbildung ja 36 Probanden

Die derzeitige wirtschaftliche Situation der Probanden war zu über zwei Drittel mehr oder weniger problematisch. Als unproblematisch zu bezeichnende finanzielle Verhältnisse fanden sich bei weniger als einem Viertel.

- wirtschaftliche Situation unproblematisch 19 Probanden
- wirtschaftliche Situation problematisch 56 Probanden

Unter Berücksichtigung der Höhe vorhandener Schulden, sonstiger laufender Verpflichtungen und des derzeitigen bzw. überhaupt erreichbaren Maximaleinkommens erschienen diese wirtschaftlichen Probleme unter Voraussetzung günstiger Umstände überwiegend als potentiell lösbar (56). In 1o Fällen war eine Lösung nicht mehr vorstellbar, weil die Schuldenlast extreme Ausmaße erreicht hatte (z.T. über 1oo.ooo,-- DM) und Progredienz sich abzeichnete.

Diese grobe Einschätzung der finanziellen Situation erfolgte durch die Untersucherin und die Probanden gemeinsam unter Verwertung sämtlicher erreichbarer Informationen (Bewährungshelfer, Akten). Wegen der Vielzahl der Faktoren, denen bei der Beurteilung der meist äußerst unübersichtlichen finanziellen Verhältnisse Bedeutung beigemessen werden mußte, konnte nicht einfach ein fixes Mindesteinkommen zugrundegelegt werden. Neben Einkommenshöhe, Zahlungsverpflichtungen, Familiengröße, Arbeitsfähigkeit waren auch krasse Unterschiede im Anspruchsniveau zu

berücksichtigen. Nicht in allen Fällen ließ sich der mögliche Beitrag mitverdienender Partner festlegen, z.T. wurden die Zahlungsverpflichtungen gerade durch sie geschaffen (Abzahlungskäufe!). Zukünftiger Schuldenerlaß, potentielle Erbschaften waren mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit zu erwarten. 3 Probanden wurden in nicht begrenzbarem Ausmaß von Angehörigen unterstützt, so daß eine Beurteilung ihrer wirtschaftlichen Situation entfiel. Eines der wesentlichen Einschätzungskriterien waren die bisher gezeigten Möglichkeiten des Probanden, die Schuldenhöhe durch Intensivierung der Arbeit zu vermindern (sehr häufig Überstunden, Nebenarbeit). In den meisten Fällen mit besonders hoher Schuldenbelastung mußte angesichts des Verlaufes Zahlungsverweigerung des Probanden zweifellos für ihr Zustandekommen verantwortlich gemacht werden. Daher wurde der wirtschaftlichen Situation bei Probanden, deren derzeitige Schuldenhöhe sich eventuell noch in Grenzen hielt, höhere Problematik beigemessen, wenn sie entschlossen Zahlungsunwilligkeit bekundeten. Unter Umständen höhere Residualschulden bei bereits erreichter Verminderung auf einen Bruchteil des ursprünglichen Ausmaßes durch regelmäßig erfolgte Zahlungen ließen eine günstigere Beurteilung zu.

3.2.4. Bezugspersonen

Die Probanden waren in der Mehrheit ledig (32), ein größerer Teil geschieden (28) als verheiratet (21). Die Geschichte früherer Partnerbeziehungen war in den meisten Fällen stark auffällig, oft mit massiver Problematik belastet. Fast die Hälfte hatten mehr als eine Ehescheidung oder scheidungsäquivalente Lösung einer Partnerbeziehung erlebt (35). 10 Probanden gaben an, nie eine feste Bindung gehabt zu haben. Soweit hierzu Angaben gemacht wurden, hielten die meisten Probanden diese Trennung für eine Konsequenz ihrer Straftaten, zum Teil in Kombination mit anderen Faktoren, wie eigener oder Abusus des Partners. Knapp ein Drittel nannten psychopatholo-

gische Auffälligkeiten und problematische Besonderheiten früherer Partner. Diese Problematik war überwiegend familiärer Art und ließ sich nicht genauer bestimmen. Es entstand zudem der Eindruck, daß die Probanden nur ungern über ihre Partnerbeziehungen Auskunft gaben.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren fast die Hälfte der Probanden bindungslos im Sinne einer fehlenden festen Partnerbeziehung. Etwa je ein Viertel hatten Beziehung zu einem Ehepartner oder ein sonstiges festes Verhältnis.

- Partnerbeziehung vorhanden 43 Probanden
- Partnerbeziehung nicht vorhanden 38 Probanden

Wo eine Partnerbeziehung existierte, überwogen konflikthafte Verhältnisse.

- Qualität der Partnerbeziehung problematisch 24 Probanden
- Qualität der Partnerbeziehung unproblematisch 19 Probanden

Über drei Viertel der Probanden hatten entweder gar keine oder eine mit stärkeren Spannungen belastete Beziehung (62).

3.2.5. Psychische Störungen

Zwei Drittel der Probanden gaben an, zu irgendeiner Zeit im Leben sexuelle Probleme gehabt zu haben, über die Hälfte litt derzeit unter verschiedenen sexuellen Problemen. *)

- sexuelle Probleme ja 51 Probanden
- sexuelle Probleme nein 45 Probanden

---

*) Folgende Probleme wurden mit dieser Variablen erfaßt: Keine sexuellen Kontakte, Impotenz bzw. Frigidität, emotionale Probleme und Probleme des Partners im Zusammenhang mit Sexualität.

Ein gestörtes Verhältnis ließ sich in fast der Hälfte der Fälle auch den Angaben zur Onanie entnehmen, indem diese Probanden angaben, entweder nie onaniert zu haben oder Selbstbefriedigung bis heute einer anderen sexuellen Betätigung vorzuziehen (38). Die sexuelle Aufklärung war überwiegend spät erfolgt, nämlich bei fast drei Viertel nach dem 12. Lebensjahr, bei der Hälfte erst vom 14. Lebensjahr an aufwärts (4o). Mehr als ein Drittel hatten kaum sexuelle Kontakte, d.h. übten weniger als einmal im Monat GV aus.

- sexuelle Kontakte bis 1 x im Monat 28 Probanden
- sexuelle Kontakte häufiger 47 Probanden

Über drei Viertel der Probanden schilderten derzeitige psychische Störungen, wobei am häufigsten über mangelhafte Selbstkontrolle geklagt wurde (53).

- jetzige psychische Störungen ja 69 Probanden
- jetzige psychische Störungen nein 12 Probanden

Beinahe die Hälfte hatten einen oder mehrere Suizidversuche unternommen. Dies war überwiegend in der Freiheit geschehen (31), davon in 11 Fällen im Laufe der jetzigen Bewährungszeit. Nur wenige Probanden hatten einen Suizidversuch in der Haft verübt (13). *)

- Suizidversuche ja 35 Probanden
- Suizidversuche nein 46 Probanden

Über drei Viertel trieben Rauschmittelabusus (82). Alkoholabhängigkeit allein stand im Vordergrund (49). In den übrigen Fällen handelte es sich um polyvalenten Abusus meist in

---

*) Suizidalität ohne Suizidversuch wurde nicht mitgezählt (6). Einer der untersuchten Probanden hat sich inzwischen suizidiert.

Kombination mit Alkohol. Beurteilt nach der angegebenen Häufigkeit des Gebrauches der bevorzugten Droge bestand in fast der Hälfte der Fälle eine stärker ausgeprägte Abhängigkeit, bei 18 Probanden lag möglicherweise gleichzeitig eine Unverträglichkeit vor.

- Häufigkeit des Rauschmittelgebrauches
  häufig 38 Probanden
- Häufigkeit des Rauschmittelgebrauches
  selten/gar nicht 41 Probanden

Entziehungskuren (einschließlich Aversionstherapie) waren in 15 Fällen vorausgegangen, 13 Probanden erwogen oder planten derzeit erneut bzw. erstmalig eine solche. Bei der Hälfte aller Untersuchten war ein Zusammenhang zwischen Abusus und Delinquenz anzunehmen, indem sich alle oder fast alle ihrer Straftaten in Verbindung mit Rauschmittelgenuß ereignet hatten. Keine derartige Verknüpfung bestand nur bei wenigen Probanden, wobei zu berücksichtigen ist, daß hier vermutlich meist auch kein Mißbrauch vorlag.

- Zusammenhang zwischen Abusus und Delinquenz ja 4o Prob.
- Zusammenhang zwischen Abusus und Delinquenz nein 35 Prob.

3.2.6. Körperliche Störungen *)

Die Hälfte aller Probanden gab an, daß ihre kindliche Entwicklung in unterschiedlicher Weise gestört verlaufen sei.

---

*) Störungen der kindlichen Entwicklung: kränklich retardiert, schwere Krankheiten als Säugling oder Kleinkind.
Schwere oder chronische Krankheiten: Krankenhausbehandlung erforderlich, u.U. lebensgefährliche oder invalidisierende Erkrankungen, längerdauernde und spezieller Behandlung bedürftige, chronisch-rezidivierende Erkrankungen.
Leichtere Erkrankungen: ubiquitäre komplikationslose Krankheiten (KK, Tosillektomie, grippale Infekte, Appendektomie u.ä.), Funktionsstörungen ohne nachgewiesene somatische Veränderungen, soweit sie nicht zu mehrwöchiger Arbeitsunfähigkeit geführt hatten und mit speziellen Medikamenten behandelt worden waren.

Über drei Viertel gaben an, ernstere Erkrankungen im Laufe ihres Lebens durchgemacht zu haben. Nur ein Fünftel erinnerte lediglich Bagatellerkrankungen.

- schwere körperliche Krankheiten ja 65 Probanden
- schwere körperliche Krankheiten nein 16 Probanden

Die meisten Erkrankungen betrafen das Nervensystem, wobei es sich überwiegend um leichtere Affektionen handelte. Immerhin ein Viertel hatten schwerere neurologische Erkrankungen gehabt, wie ein- oder mehrmaliges schweres Hirntrauma, Meningitis, Encephalitis oder Anfallsleiden. Im Bereich des Verdauungsapparates traten die meisten schweren Krankheiten auf, wie Magenulcera, stationär behandlungsbedürftige Colitiden, Operationen im Magen-Darmbereich, chronische Hepatitis. Die nächsthäufigen schweren Erkrankungen betrafen den Skelettbereich, wie komplizierte Frakturen, Bandscheibenvorfälle mit Operation, röntgenologisch nachgewiesene ausgedehnte degenerative Wirbelsäulenveränderungen. Die schweren Herz-Kreislauferkrankungen bestanden in Hypertonien, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt. Soweit möglich, wurden Informationen von den behandelnden Ärzten und aus sonstigen erreichbaren Quellen hinzugezogen, was in vielen Fällen allerdings nicht möglich war, da sich zahlreiche Probanden nicht an die Namen der betreffenden Ärzte und Krankenhäuser erinnerten. Inwieweit die angeführten Krankheiten im Einzelfall tatsächlich vorgelegen hatten, kann letztlich nicht beurteilt werden. Aus den Angaben kann zumindest aber geschlossen werden, daß drei Viertel der Probanden subjektiv annahmen, schwere körperliche Krankheiten gehabt zu haben bzw. noch an ihnen zu leiden. Einer derartigen Annahme könnte die Vorstellung zugrundeliegen, einen krankheitsanfälligen Körper zu haben.

Diesem Befund entspricht die Häufigkeit, mit der die Probanden derzeitige körperliche Beschwerden angaben. Dies geschah in einer Situation, in welcher sie weder eine somatische Behandlung noch

irgendwelche direkten Vorteile (wie Krankschreibung) erwarten konnten. Im Vordergrund standen Schwindelgefühle, Benommenheit, vermehrte Schweißneigung, ein Syndrom, das als Kreislaufdysregulation aufgefaßt werden kann, in zwei Drittel der Fälle (52). Die Hälfte hatte Kopfschmerzen (38). Häufig waren auch Klagen über Rückenschmerzen (39), Herzbeschwerden (33), Magenbeschwerden (31) und sonstige körperliche Störungen (33).

- jetzige körperliche Beschwerden. ja 71 Probanden
- jetzige körperliche Beschwerden nein 1o Probanden

3.2.7. Körperlicher Untersuchungsbefund

Die körperliche Untersuchung beschränkte sich auf Inspektion, Palpation, Perkussion und Messung des Blutdruckes, wobei die Befunde wie üblich unter Berücksichtigung derzeitiger Beschwerden und früherer Erkrankungen beurteilt wurden. Eine derartige Untersuchung ist für diagnostische Zwecke nicht ausreichend. Sie entspricht aber einer groben Orientierung über den vermutlichen Schweregrad einer Erkrankung und liefert Hinweise auf eventuell notwendige weitere diagnostische Schritte.

Für die Dichotomisierung der Variablen wurden die eindeutig behandlungsbedürftigen Fälle den zusammengefaßten fraglich (2o) und nicht behandlungs- bzw. untersuchungsbedürftigen Fällen (12) gegenübergestellt.

- Körperlicher Untersuchungsbefund — eindeutig behandlungs- bzw. untersuchungsbedürftig (positiv) 46 Probanden
- Körperlicher Untersuchungsbefund — nicht eindeutig behandlungs- bzw. untersuchungsbedürftig (negativ) 32 Probanden

3.2.8. Psychopathologische Auffälligkeit

Die Untersucherin beurteilte den Grad der psychopathologischen Auffälligkeit der Probanden in vier Einschätzungsstufen. Die

Mehrheit mußte hierbei als schwerer auffällig eingestuft werden, gegenüber einer Minderheit von nicht oder leicht Auffälligen.

- psychopathologische Auffälligkeit auffällig 56 Probanden
- psychopathologische Auffälligkeit nicht auffällig 25 Probanden

Bei der Dichotomisierung der Variablen wurden die unauffälligen (8) und leicht oder fraglich auffälligen Probanden (17) einerseits sowie die schwer auffälligen (33) und hochabnormen Probanden (23) andererseits zu je einer Kategorie zusammengefaßt.

Leitende Gesichtspunkte bei der Einschätzung waren das Ausmaß narzistischer Gestörtheit, Autoritätsangst, indirekter Aggressivität und Willkür, Anspruchshaltung und Lücken im Realitätsbezug. Die Beurteilung stützte sich in erster Linie auf Verhaltensbeobachtungen während des gesamten Untersuchungsverlaufes. Allgemeine Zugänglichkeit und Bereitschaft bzw. Fähigkeit, anamnestische Fragen zu beantworten, wurden für ebenso bedeutsam gehalten, wie Einhaltung vereinbarter Termine überhaupt. Ganz allgemein kann gesagt werden, daß die Dauer der Untersuchung einen um so größeren Zeitraum in Anspruch nahm, je abnormer der Proband war. Nicht nur mußten bei abnormeren Probanden häufiger Termine verlegt werden, auch die Testung und Anamnesenerhebung dauerten länger und bereiteten größere Schwierigkeiten. Den stärker abnormen Probanden fiel es in auffallender Weise schwerer, sich bei der Beantwortung von Test- oder Anamnesefragen auf eine der angebotenen Möglichkeiten festzulegen. Sie brauchten dazu mehr Ermunterung, Erläuterungen und unter Umständen die Konzession weitreichender thematischer Abschweifungen und Kommentare ihrerseits. Sie neigten offenbar häufiger dazu, sich als schwer oder gar nicht klassifizierbaren Sonderfall zu betrachten. Es war bei ihnen weniger möglich, die Anamnese gerichtet zu führen, vielmehr mußte ihnen weitgehend in die verschiedenen Bereiche gefolgt werden, die sie anschneiden wollten. Dies beruhte aber nicht auf absichtlich oppositioneller Haltung. Gerade die stärker abnormen Probanden zeigten häufiger ausgesprochen unterwürfiges Verhalten, dies teilweise in krassem Gegensatz zu verbaler Ankündigung oppositioneller Einstellung. Es mußte sich hier um eine

Unfähigkeit handeln, sich gemäß den Anforderungen einer Untersuchung zu konzentrieren und konträre Impulse und Bedürfnisse währenddessen zu beherrschen. Das Daten- und Zahlengedächtnis schien bei den abnormen Probanden unzuverlässiger zu sein als bei den weniger auffälligen Probanden. Neben einer generellen unvermeidlichen Sonderbehandlung wurden von den Abnormen auch spezielle Wünsche und Ansprüche gestellt, wie Untersuchung des Partners, der Kinder, Regelung finanzieller Angelegenheiten, Vermittlung von Krankenhausaufnahme u.ä. Diesen Wünschen wurde im Rahmen einer unterstützenden Beratung weitgehend entsprochen.

Es waren gerade die psychopathologisch auffälligen Probanden, die der Untersuchung durch ihr Verhalten das Gepräge eines therapeutischen Settings gaben. Dies geschah häufig bereits vor oder gleichzeitig mit der Kontaktaufnahme über die jeweiligen Bewährungshelfer. Anamnestische Bezugspunkte und Umstände der jetzigen Situation des Probanden im Untersuchungszeitraum bildeten die Grundlage für das Verständnis der auffälligen Verhaltensweisen. Wegen ihrer Vielfalt konnten diese Variablen nicht systematisch erfaßt werden. Soweit Ermunterung, Toleranz und Beratung Bestandteile jeder Therapie sind (32), hatte die Untersuchung der abnormen Probanden zwangsläufig stärker therapeutischen Charakter als die der weniger auffälligen. Anfängliche Versuche, durch autoritären Druck - sei es direkt gegenüber den Probanden oder über den Bewährungshelfer ausgeübt - eine Vereinfachung des Untersuchungsverfahrens erzwingen zu wollen, schlugen fehl und wurden aufgegeben. Offensichtlich statteten gerade die schwieriger zu handhabenden Probanden die Untersucherin von sich aus bereits mit einem Übermaß an phantasierter Macht aus.

3.2.9. Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsbereitschaft

Die Probanden wurden gefragt, ob sie sich prinzipiell für behandlungsbedürftig hielten und ob sie bereit seien, sich einer Therapie zu unterziehen. Therapeutische Möglichkeiten standen

nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Behandlungsbedürftigkeit und -bereitschaft waren daher rein theoretisch zu betrachten. Die ganz allgemein gehaltenen Fragen bezogen sich nicht auf spezielle Therapieformen. Die Mehrheit bejahte eindeutig, behandlungsbedürftig zu sein, nur wenige äußerten sich indifferent (14) oder verneinend (16). Zur Behandlungsbereitschaft jedoch waren die meisten Probanden eher unsicher (17) oder negativ (27) eingestellt.

Bei der Dichotomisierung wurden die folgenden Gruppen gebildet:

- Behandlungsbedürftigkeit ja 51 Probanden
- Behandlungsbedürftigkeit nein 3o Probanden

- Behandlungsbereitschaft ja 37 Probanden
- Behandlungsbereitschaft nein 44 Probanden

3.3. Psychologische Testbefunde

3.3.1. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest

Der mittlere Intelligenzquotient der Gesamtpopulation nach HAWIE betrug 94,52 (Minimum 63 - Maximum 114). Zwischen Verbal- und Handlungsteil des angewandten Tests war ein statistisch signifikanter Unterschied feststellbar, der in Richtung der Erwartung ging, da er bei Kriminellen häufig festgestellt wurde. Bei der theoretischen Intelligenz lag der mittlere Intelligenzquotient bei 93,0 (Minimum 61 - Maximum 114), bei der praktischen Intelligenz dagegen bei 96,6 (Minimum 69 - Maximum 122), also nahe dem Durchschnitt der Normpopulation. In den meisten Untertests wurde ein Wertpunkt-Durchschnitt zwischen 9 und 9,3 erreicht (der Wortschatztest wurde nicht angewandt). Niedrigere Wertpunkt-Mittelwerte fanden sich im "Rechnerischen Denken" mit 7,8 , "Zahlennachsprechen" mit 8,8 und "Figurenlegen" mit 8,9 WP. Es ist keine Übereinstimmung mit den Profilcharakteristika einer speziellen klinischen Gruppe festzustellen. Besonders niedrige Werte im Rechnerischen Denken werden bei organischen Gehirnerkrankungen und Schwachsinnigen gefunden. Das Ergebnis in diesem Untertest wird aber durch Konzentrationsstörungen jeglicher Genese beeinträchtigt, so daß auch neurotische Faktoren hier Niederschlag finden. Gleiches gilt für niedrige Werte im Figurenlegen, die u.a. auf geringe Ausdauer und vorzeitige Resignationsbereitschaft bei Mißerfolgserlebnissen zurückgeführt werden können. Beobachtung des Testverhaltens der Probanden ließ häufig auf einen geringen Spannungsbogen schließen.

3.3.2. Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)

Im FPI wiesen die Mittelwerte der Gesamtpopulation signifikante Abweichungen vom Normbereich auf in den Skalen

Nervosität (sss), Erregbarkeit (sss), Depressivität (sss), Gehemmtheit (s), Extraversion (s), Emotionale Labilität (sss), Feminität (sss). *) Keine Abweichungen der Mittelwerte ergaben sich in den Skalen Aggressivität, Geselligkeit, Gelassenheit, Dominanzstreben und Offenheit. Das Mittelwertprofil der untersuchten Probanden entspricht somit mit geringfügigen Abweichungen demjenigen, zu dem Rasch und Kühl bei einer Untersuchung von 89 Häftlingen mit Hilfe des FPI gelangten (118). Littmann gelangte zu ähnlichen Ergebnissen (95). Hinsichtlich der in den verschiedenen Skalen des FPI erfaßten Persönlichkeitsbereiche ist die Probandengruppe wie folgt zu charakterisieren:

Es handelt sich um Menschen, die sich in ihrer emotionalen Reife, insbesondere im aggressiven Erlebnisbereich, in ihrem Geselligkeitsbedürfnis, ihrem prinzipiellen Selbstvertrauen und ihrem Durchsetzungsbestreben sowie in ihrer Selbstkritik und Offenheit nicht von der Durchschnittsbevölkerung unterscheiden. Sie leiden aber in stärkerem Maße als die meisten anderen Menschen unter psychosomatischen Allgemeinstörungen oder körperlichen Beschwerden überhaupt. Sie neigen stärker zu depressiven Verstimmungen, sind empfindlicher und leichter enttäuschbar. Ihre geringe Frustrationstoleranz läßt sie schon auf gewöhnliche Belastungen des Alltagslebens mit Ängsten, Konzentrationsstörungen oder Erregungszuständen reagieren, wodurch unter Umständen auch ihre Tatkraft, Entscheidungssicherheit und ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt wird. Im sozialen Umgang sind sie eher gehemmt und verlegen, dabei im Grunde kontaktsuchender und kontaktbedürftiger als der Durchschnittsmensch. Infolge ihrer allgemeinen körperlichen und psychischen Instabilität stehen sie in ihrer Selbstschilderung eher dem typisch weiblichen Pol nahe als dem typisch männlichen.

---

*) s = Signifikanz auf 5 %-Niveau
ss = Signifikanz auf 1 %-Niveau
sss = hochsignifikant

Nach den bisher vorliegenden FPI-Untersuchungen klinischer Gruppen ähneln die untersuchten Probanden am meisten den Neurotikern bzw. psychosomatischen Kurpatienten. Sie sind jedoch weniger zurückhaltend und neigen stärker zu Impulsivität als die erwähnten Gruppen.

3.3.3. Gießen-Test-Selbstbild (GT)

Im Gießen-Test-Selbstbild ergaben sich bei der Gesamtpopulation signifikante Abweichungen von den Normwerten in den Skalen Soziale Resonanz (ss), Selbstkontrolle (sss), Grundstimmung (sss) und Durchlässigkeit (sss). Keine signifikanten Abweichungen fanden sich in den Skalen Dominanz und Soziale Potenz. Die untersuchten Probanden glauben demnach mehr als andere Menschen, von der Umgebung wenig anerkannt zu werden (*19*), sie empfinden sich selbst als stärker depressiv, weniger kontaktfähig und weniger selbstkontrolliert. In ihrem Dominanz- und Durchsetzungsbestreben halten sie sich dagegen nicht für normabweichend, d.h. sie glauben nicht, auffallend häufig oder selten in Auseinandersetzungen mit der Umwelt zu geraten. Auch im Bereich der heterosexuellen Beziehungsfähigkeit und Potenz halten sie sich für unauffällig, wobei in Anbetracht der Häufigkeit der angegebenen sexuellen Probleme hier das Fehlen einer Abweichung überrascht.
Das Mittelwertprofil der untersuchten Population im GT stimmt in mehreren Zügen mit dem Profil überein, das Quensel und Quensel bei einer Untersuchung an 70 jugendlichen Delinquenten fanden (*15*). Ihre Probanden wiesen jedoch keine erhöhte Depressivität auf; sie zeigten ferner im Gegensatz zu der hier untersuchten Gruppe erhöhte Dominanzwerte. In dem bei Neurotikern am häufigsten vorkommenden Profil findet sich nach Beckmann und Richter eine mit unserem Ergebnis gleichsinnige Abweichung in der Grundstimmungsskala, während die Dominanzwerte im Normbereich liegen. Besonders hohe Depressionswerte fand Beyer bei Ulcuskranken (*14*).

Die Ergebnisse im GT bestätigen die mit Hilfe des FPI und HAWIE erhaltenen Befunde. Insgesamt stellt sich trotz der Heterogenität der untersuchten Population eine abgrenzbare Persönlichkeitsstruktur dar. In diesem psychopathologischen Syndrom, das weitgehend mit dem von Alexander beschriebenen zur Verwahrlosung disponierten neurotischen Charakter übereinstimmt (6), fallen einerseits typisch "neurotische" andererseits auch typisch "kriminelle" Merkmale auf.

4. Korrelationsergebnisse

4.1. Beziehungen der Hauptvariablen *) untereinander

Die Chi-Quadrat-Probe ergab erwartungsgemäß eine hochsignifikante **) positive Korrelation (sss) zwischen Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsbereitschaft. Die Mehrheit der behandlungsbedürftigen Probanden war auch behandlungsbereit (35). In dieser durch beide Merkmale gekennzeichneten Gruppe befanden sich fast alle Behandlungsbereiten aber nur zwei Drittel aller Behandlungsbedürftigen. Ein Drittel der Behandlungsbedürftigen (16) lehnte eine Therapie ab. Umgekehrt akzeptierten nur 2 nicht behandlungsbedürftige Probanden eine Behandlung. Die restlichen 28 Probanden äußerten sich zu beiden Fragen negativ.

Hochsignifikant positiv korrelierten ferner Behandlungsbedürftigkeit und psychopathologische Auffälligkeit (sss), indem die Mehrheit der Behandlungsbedürftigen (41) mit der Mehrheit der als psychopathologisch auffällig beurteilen Probanden identisch war. Nur wenige Behandlungsbedürftige (1o) gehörten zu den psychopathologisch Unauffälligen; ein Viertel der psychopathologisch Auffälligen (15) betrachtete sich nicht als behandlungsbedürftig. Die übrigen 15 Probanden waren weder auffällig noch behandlungsbedürftig.

Kein signifikanter Zusammenhang fand sich dagegen zwischen den (recodierten) Variablen Behandlungsbereitschaft und psychopathologische Auffälligkeit. Ein solcher konnte aber für die betreffenden Items im unrecodierten Zustand festgestellt werden. Sowohl die

---

*) Als Hauptvariablen werden die Variablen psychopathologische Auffälligkeit, körperlicher Untersuchungsbefund, Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsbereitschaft bezeichnet.

**) Soweit keine ausdrücklichen Einschränkungen oder Zusätze gemacht werden, sind sämtliche angegebenen Zusammenhänge statistisch signifikant. Das Signifikanzniveau liegt bei 5 %. Abweichungen hiervon werden besonders hervorgehoben (1 % = ss, hochsignifikant = sss). Soweit die im Abschnitt 3.2. aufgeführten Items nicht erwähnt werden, ergaben sich hierfür keine signifikanten Korrelationen.

"leicht oder fraglich auffälligen" als auch die "schwer oder eindeutig auffälligen" Probanden waren überwiegend eindeutig behandlungsbereit (9 / 17). Die als "hochabnorm" beurteilten Probanden zeigten überwiegend keine (7) oder unsichere Behandlungsbereitschaft (6). Die meisten als "unauffällig" eingestuften Probanden lehnten eindeutig eine Behandlung ab (7).

Zwischen körperlichem Untersuchungsbefund und Behandlungsbedürftigkeit, -bereitschaft und psychopathologischer Auffälligkeit bestanden keine signifikanten Beziehungen.

4.2. Untersuchungsgruppe

Für die psychopathologische Auffälligkeit und Behandlungsbedürftigkeit (beide sss) sowie für die Behandlungsbereitschaft (ss), nicht aber für den körperlichen Untersuchungsbefund, ergaben sich Korrelationen mit der Gruppenzugehörigkeit. In der Gruppe I, die aus Probanden bestand, die die Bewährungshelfer als Problemfälle aus ihrer Sicht gemeldet hatten, überwogen die psychopathologisch Auffälligen (31) und Behandlungsbedürftigen (31) stark, die Behandlungsbereiten ebenfalls aber weniger deutlich (23). Ähnlich lagen die Verhältnisse in der Gruppe III, die sich aus spontan untersuchungsbereiten Probanden zusammensetzte. Sie enthielt ebenfalls überwiegend psychopathologisch Auffällige (14) und Behandlungsbedürftige (16), während die Behandlungsbereiten wiederum nur knapp über der Hälfte lagen (11). In der Gruppe II dagegen, die ursprünglich als Kontrollgruppe vorgesehen war und durch zufallsbestimmte Probanden konstituiert wurde, fanden sich durchgehend umgekehrte Relationen. Hier überwogen weit, sowohl die psychopathologisch Unauffälligen (14), die Nicht-Behandlungsbedürftigen (15), als auch die Nicht-Behandlungsbereiten (16).

4.3. Psychopathologische Auffälligkeit

Mit Hilfe des punktbiserialen Korrelationskoeffizienten ließ sich eine negative Korrelation mit dem Alter bei der Heimaufnahme sowie eine positive Korrelation mit der Heimdauer feststellen. Die psychopathologisch auffälligen Probanden waren bei der Heimaufnahme durchschnittlich 3 Jahre jünger als die Unauffälligen (Mean 10.68 J. gegen 13.82 J.). Die als psychopathologisch auffällig beurteilten Probanden hielten sich ferner durchschnittlich 3 Jahre länger in Heimen auf als die Unauffälligen (Mean 5.58 J. gegen 2.86 J.).

Eine negative Beziehung bestand zur Dauer der zur Bewährung ausgesetzten Strafe (ss), indem ihre mittlere Länge bei den psychopathologisch auffälligen Probanden die Hälfte derjenigen der Unauffälligen betrug (Mean 18.36 Mo gegen 37.64 Mo). Entsprechend zeigte sich auch ein tendenzieller negativer Zusammenhang mit der Dauer des Strafrestes,

wobei die Signifikanzgrenze von 5 % nicht erreicht wurde. Für die abnorm befundenen Probanden stand durchschnittlich ein um die Hälfte kürzerer Strafrest bei etwaigem Widerruf zur Verbüßung aus, als für die Unauffälligen (Mean 11.63 Mo gegen 2o.63 Mo).

Mit Hilfe der Chi-Quadrat-Probe wurden die Korrelationen auch für die recodierte Variable Strafrest sowie für die folgenden recodierten Variablen geprüft. Bei Aufteilung der Werte für die Variable Strafrest in drei Klassen (bis 6 Mo - bis 12 Mo - über 12 Mo) ließ sich verdeutlichen, daß bei der Mehrheit der abnormen Probanden (26) die Dauer des Strafrestes "bis 12 Monate", bei einem weiteren Drittel derselben "bis 6 Monate" betrug (15). In den Klassen "bis 6 Monate" und "bis 12 Monate" überwogen die psychopathologisch Auffälligen, in der Klasse "über 12 Monate" dagegen die Unauffälligen (11).

Zwischen vorwiegender Deliktrichtung und psychopathologischer Auffälligkeit bestand ein signifikanter Zusammenhang derart, daß zwei Drittel der abnormen Probanden vorwiegend andere als Eigentumsdelikte begangen hatten (31). Dies galt nur für ein Drittel der Unauffälligen (7), die in der Mehrheit Eigentumsdelinquenten waren (15). Während unter den vorwiegenden Eigentumsdelinquenten die abnormen und unauffälligen Probanden absolut gleich häufig waren, überwogen andererseits bei anderer Deliktrichtung die psychopathologisch Auffälligen weit.

Weitere positive Korrelationen ließen sich bezüglich der Häufigkeit des Rauschmittelgebrauches sowie seines Zusammenhanges mit Delikten feststellen. Probanden mit häufigem Rauschmittelgenuß wurden häufiger als psychopathologisch auffällig befunden (sss - 33), solche mit seltenem Genuß nur in der Hälfte der Fälle (21). Häufiger Rauschmittelgebrauch bestand bei der Mehrheit der Abnormen und der Minderheit der Unauffälligen. Bei den Fällen mit häufigem Zusammenhang zwischen Rauschmittelgenuß und Straftaten handelte es sich überwiegend um abnorme Probanden (32). Ein seltener Zusammenhang zwischen Rauschmittelgenuß und Delikten bestand nur bei einem Drittel der Abnormen (19), dagegen bei zwei Drittel der unauffälligen Probanden (16).

Erwähnenswert ist das Fehlen einer Korrelation mit derzeitigen psychischen Störungen. Auf deren jetzige und frühere Existenz muß aber aufgrund signifikanter Korrelationen zwischen psychopathologischer Auffälligkeit und Suizidversuchen, sexuellen Problemen und Häufigkeit sexueller Kontakte geschlossen werden. Suizidversuche wurden fast ausschließlich von abnormen Probanden verübt (31 = sss). Über die Hälfte der Abnormen hatte mindestens einen Suizidversuch unternommen gegenüber nur 4 psychopathologisch unauffälligen Probanden.

Drei Viertel aller Probanden mit sexuellen Problemen waren psychopathologisch auffällig (35), dies waren zwei Drittel aller Abnormen. Die Unauffälligen gaben in der Minderheit sexuelle Probleme an (1o). In den Fällen mit seltener Frequenz sexueller Kontakte handelte es sich vorwiegend um psychopathologisch Auffällige (25 = sss). Während die Mehrheit der Unauffälligen häufigere sexuelle Kontakte angab (2o), war dies nur bei der Hälfte der Abnormen der Fall (27).

Entsprechend häufig waren auch Probanden ohne feste Partnerbeziehung psychopathologisch auffällig (31). Diese Situation lag bei über der Hälfte der Abnormen aber nur bei einem Viertel der Unauffälligen vor (7). Soweit die abnormen Probanden eine feste Partnerbeziehung hatten (25), war das Verhältnis überwiegend problematisch (18). Drei Viertel der gestörten Beziehungen bestanden bei psychopathologisch Auffälligen. Nur 7 abnorme Probanden hatten eine ungestörte Beziehung, d.h. weniger als ein Drittel derjenigen Abnormen, die überhaupt über eine feste Partnerbeziehung verfügten. Demgegenüber war die Partnerbeziehung bei den Unauffälligen zu zwei Drittel unproblematisch (12). Soweit ungestörte Beziehungen angegeben wurden, handelte es sich überwiegend um unauffällige Probanden.

Mit Ausnahme des Items Weiterbildung ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge mit den Bereich Ausbildung und Arbeit betreffenden Daten. Während Interesse an Weiterbildung absolut etwa gleich häufig von abnormen und unauffälligen Probanden geäußert wurde, bestand Des-

interesse vorwiegend bei psychopathologisch Auffälligen (29). Zwei Drittel der Unauffälligen (17), aber nur ein Drittel der Abnormen (19) bekundeten Interesse an einer Weiterbildung.

Zu den Daten aus der Kindheitsanamnese ließen sich nur den E-Vater betreffende Zusammenhänge aufzeigen. Obgleich Auffälligkeiten des E-Vaters absolut am häufigsten von abnormen Probanden angegeben wurden, war dies doch nur bei zwei Drittel der Abnormen der Fall (29). Die psychopathologisch unauffälligen Probanden berichteten dagegen fast alle Auffälligkeiten des E-Vaters (2o).

Zwischen dem Intelligenzquotienten im HAWIE und der psychopathologischen Auffälligkeit fand sich eine negative Korrelation. Der IQ der abnormen Probanden lag sowohl im Verbalteil (9o.7 gegen 98.4) als auch im Handlungsteil (94.4 gegen 1o1.4) und im Gesamttest (92.1 gegen 1oo.o) signifikant niedriger als der IQ der psychopathologisch unauffälligen Probanden.

Im FPI unterschieden sich die psychopathologisch auffälligen Probanden in mehreren Skalen signifikant von den unauffälligen Probanden. Dies betraf die Skalen Nervosität, Depressivität (ss), Extraversion, Emotionale Labilität und Feminität. Hierbei zeigte sich jeweils stärkere Gestörtheit der psychopathologisch auffälligen Probanden in der gleichen Richtung wie im Mittelwertprofil der Gesamtgruppe. Eine Ausnahme hiervon bildete die Dimension Extraversion, in welcher die abnormen Probanden niedrigere Werte aufwiesen als die psychopathologisch Unauffälligen und als die Gesamtgruppe, wodurch sie den Normwerten näherlagen. Im Gießen-Test-Selbstbild differierten die abnormen von den unauffälligen Probanden in den Skalen Soziale Resonanz, Grundstimmung (ss) und Soziale Potenz. Die psychopathologisch Auffälligen zeigten auch hier stärkere Abweichung in der bereits im Mittelwertprofil der Gesamtpopulation festgestellten Richtung. In der Skala Soziale Potenz trat eine zusätzliche Auffälligkeit zutage, die in der Gesamtgruppe nicht zu registrieren war. Die abnormen Probanden schätzten sich hierin weniger potent ein als die psychopathologisch Unauffälligen.

Die Charakterisierung der psychopathologisch auffälligen Probanden entspricht weitgehend derjenigen der Gesamtgruppe. Die abnormen Probanden unterschieden sich von den Unauffälligen durch niedrigere Intelligenz, Fehlen einer ausgeprägten Extraversionstendenz und stärkere Gestörtheit in mehrfacher Hinsicht. Sie litten besonders stark unter psychosomatischen Allgemeinbeschwerden, depressiven Verstimmungen und Selbstunsicherheit. Ihre Fähigkeit zu zwischenmenschlichem Kontakt wurde in besonders starkem Maße durch ihre Stimmungslabilität, auffallende Reizbarkeit und erhöhte Kränkbarkeit beeinträchtigt. Aufgrund dieser Eigenschaften standen sie strukturell dem typisch weiblichen Pol noch näher als die übrigen Probanden. Sie fühlten sich von ihrer Umgebung besonders wenig anerkannt und auch in ihrer heterosexuellen Beziehungsfähigkeit eingeschränkt.

4.4. Körperlicher Untersuchungsbefund

Fast alle Probanden mit eindeutig positivem körperlichem Befund (42) aber nur zwei Drittel derjenigen mit negativem Befund (21) hatten früher schwerere Erkrankungen. Zwei Drittel der Probanden mit früheren schweren Erkrankungen hatten einen positiven körperlichen Befund, drei Viertel derjenigen, die früher nie ernstlich krank waren, hatten einen negativen Befund (11 - ss). *)

Bei positivem körperlichem Befund bestanden fast durchweg auch derzeitige körperliche Beschwerden (44), bei negativem Befund war dies nur zu drei Vierteln der Fall (24). Zwei Drittel der Probanden, die über körperliche Beschwerden klagten, hatten auch einen positiven körperlichen Befund. Ein solcher wurde nur bei einem Fünftel derjenigen festgestellt, die nicht über derzeitige körperliche Beschwerden klagten (2). Daß bei positivem körperlichem Befund häufig auch eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorlag, wird durch die positive

---

*) Der körperliche Untersuchungsbefund wird als "positiv" bezeichnet, wenn behandlungsbedürftige (bzw. weiter untersuchungsbedürftige) Störungen festgestellt wurden. Umgekehrt bedeutet "negativer" Befund demnach, daß keine gröberen Auffälligkeiten vorlagen.

Korrelation mit problematischer wirtschaftlicher Situation nahegelegt. Die überwiegende Mehrheit der Probanden mit positivem körperlichem Befund lebte in schwierigen wirtschaftlichen Verhältnissen (37). Soweit die finanzielle Lage problematisch zu beurteilen war, lag zu zwei Drittel auch ein positiver körperlicher Befund vor. Dagegen war die wirtschaftliche Situation bei Probanden mit negativem Befund seltener belastend (19).

Während sich keine Zusammenhänge mit Daten aus der Legalanamnese, dem Ausbildungs- und Partnerbereich, psychischen Störungen, Abusus und Sexualität darstellten, bestanden bemerkenswerte Korrelationen (sss) mit der Situation des Aufwachsens in den verschiedenen Altersstufen vom 2. bis zum 18. Lebensjahr. Tabelle II demonstriert diese Verhältnisse, wobei sich durchgehende Tendenzen nachweisen lassen.

Tabelle II - Körperlicher Untersuchungsbefund und Erziehungspersonen der Probanden beim Aufwachsen in verschiedenen Altersstufen zwischen dem 2. und 18. Lebensjahr

Körperlicher Befund	2. bis 6. LJ		
	Eltern	weibl. Milieu	andere Verh.*)
positiv	17 = 53 %	8 = 42 %	19 = 86 %
negativ/fraglich	15 = 47 %	11 = 57 %	3 = 14 %
	7. bis 11. LJ		
positiv	22 = 58 %	4 = 27 %	16 = 80 %
negativ/fraglich	16 = 42 %	11 = 73 %	4 = 20 %
	12. bis 18. LJ		
positiv	17 = 63 %	2 = 20 %	16 = 80 %
negativ/fraglich	10 = 33 %	8 = 80 %	4 = 20 %

*) Im Gegensatz zu Tabelle I sind in dieser für die Berechnung benutzten recodierten Form des Items in der Kategorie "andere Verhältnisse" die Probanden, die keine Angaben machen konnten (kA) nicht enthalten. Die angegebenen Prozentzahlen sind Spaltenprozente.

In der Rubrik "andere Verhältnisse" überwogen in allen Altersstufen weit die Probanden mit positivem körperlichem Befund, während negative Befunde hier durchgehend am seltensten festzustellen waren. Durch alle Altersstufen entfiel der relativ höchste Anteil an negativen körperlichen Befunden auf die Gruppe derjenigen Probanden, die in rein "weiblichem Milieu" aufgewachsen waren. Auffällig erscheint ferner das durchgehende Überwiegen der Probanden mit positivem körperlichem Befund in der bei "Eltern" aufgewachsenen Gruppe, wobei sich in der letzten Altersstufe eine signifikante Differenz zeigt.

Eine Erläuterung zu obigen Befunden stellen Zusammenhänge zwischen körperlichem Befund und verwandtschaftlicher Beziehung zum E-Vater und zur E-Mutter dar. Diejenigen Probanden, deren E-Vater nicht mit dem leiblichen Vater identisch war, zeigten häufiger einen positiven körperlichen Befund (23). In der Gruppe derjenigen mit leiblichem E-Vater lag Gleichverteilung vor. Ähnliche Verhältnisse bestanden bezüglich der E-Mutter. Probanden mit nicht leiblicher E-Mutter hatten überwiegend einen positiven körperlichen Befund (16). Umgekehrt war der körperliche Befund bei den Probanden mit leiblicher E-Mutter überwiegend negativ (28).

Probanden mit positivem körperlichem Befund differierten signifikant von denjenigen mit negativem Befund in den FPI-Skalen Nervosität, Depressivität, emotionale Labilität und Feminität. Die Abweichungen stimmten in der Richtung mit den bei der Gesamtgruppe registrierten überein, wobei jeweils stärkere Gestörtheit vorlag. Es zeigte sich im FPI somit eine auffällige Ähnlichkeit zwischen den psychopathologisch auffälligen und den Probanden mit positivem körperlichem Untersuchungsbefund.

Im Gießen-Test-Selbstbild und HAWIE IQ stellten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden mit positivem und negativem körperlichem Befund dar.

4.5. Behandlungsbedürftigkeit

Die Prüfung mit Hilfe des punktbiserialen Korrelationskoeffizienten ergab eine positive Korrelation zwischen Behandlungsbedürftigkeit und Dauer des Heimaufenthaltes. Behandlungsbedürftige befanden sich ca. 3 Jahre länger im Heim als nicht behandlungsbedürftige Probanden (Mean 5.58 gegen 2.85 J.). Die Chi-Quadrat-Probe zeigte die folgenden signifikanten Zusammenhänge mit anamnestischen Daten.

Die behandlungsbedürftigen Probanden hatten in der Mehrheit früher schwere Erkrankungen gehabt (45). Wenn auch Probanden mit schweren früheren Krankheiten sich überwiegend als behandlungsbedürftig bezeichneten, verneinte doch ein Drittel von ihnen Behandlungsbedürftigkeit. Es bestanden ebenfalls Korrelationen zwischen Behandlungsbedürftigkeit und jetzigen körperlichen Beschwerden (sss) sowie psychischen Störungen. Über zwei Drittel der Probanden mit derzeitigen körperlichen Beschwerden bezeichneten sich als behandlungsbedürftig (49); dagegen war nur ein Fünftel derjenigen, die nicht über körperliche Beschwerden klagten, behandlungsbedürftig (2). Immerhin verneinten je ein Drittel der Probanden mit körperlichen Beschwerden bzw. psychischen Störungen Behandlungsbedürftigkeit bzw. -bereitschaft, die von der Mehrheit dieser beiden Gruppen erwartungsgemäß bejaht wurde (48).

Es bestand ein positiver Zusammenhang zwischen Behandlungsbedürftigkeit und Suizidversuchen. Dieser weist darauf hin, daß es sich um schwere psychische Störungen handelte. Drei Viertel der Probanden, die Suizidversuche verübt hatten, bezeichneten sich als behandlungsbedürftig (27), wohingegen nur die Hälfte derjenigen ohne Suizidversuch behandlungsbedürftig waren (24).

Ferner ergab sich eine hochsignifikante Korrelation zwischen Behandlungsbedürftigkeit und problematischer Partnerbeziehung. Mehr als drei Viertel der Probanden mit problematischer Partnerbeziehung waren behandlungsbedürftig (19). Nur ein Drittel derjenigen mit harmonischer Partnerbeziehung gaben Behandlungsbedürftigkeit an (6).

Weiterhin ließ sich ein positiver Zusammenhang zwischen Behandlungsbedürftigkeit und wirtschaftlichen Problemen aufzeigen (sss). Bei der überwiegenden Mehrheit der Behandlungsbedürftigen lag eine schwierige wirtschaftliche Situation vor (4o). Fast drei Viertel

der Probanden mit größeren finanziellen Problemen bezeichneten sich als behandlungsbedürftig.

Verschiedene die Mutter betreffende Angaben und Verhältnisse erwiesen sich als relevant für die subjektiv empfundene Behandlungsbedürftigkeit. Unehelich geborene Probanden waren relativ weitaus häufiger behandlungsbedürftig (17) als ehelich Geborene (32). Probanden, deren E-Mutter nicht mit der leiblichen Mutter identisch war, bezeichneten sich ebenfalls relativ häufiger als behandlungsbedürftig (18) als diejenigen mit leiblicher E-Mutter (32).

Einen ähnlichen Sachverhalt bringt die Korrelation mit der Häufigkeit von Wechseln der E-Mütter bzw. Trennungen von der Mutter während der Kindheit oder Jugend zum Ausdruck. Diejenigen Probanden, deren E-Mütter gewechselt hatten oder die längere Zeit von ihr getrennt waren, äußerten relativ häufiger Behandlungsbedürftigkeit (24) als Probanden ohne derartige Trennungen oder Wechsel (27). Auch der spätere Kontaktverlust zur leiblichen Mutter erwies sich als wichtig für die Behandlungsbedürftigkeit. Drei Viertel der Probanden mit Kontaktverlust zur leiblichen Mutter waren behandlungsbedürftig (17) gegenüber nur der Hälfte derjenigen ohne Kontaktverlust (34 - ss).

Die sich als behandlungsbedürftig bezeichnenden Probanden zeigten im FPI überwiegend hochsignifikant größere Abweichungen als die nicht behandlungsbedürftigen in den folgenden Skalen: Nervosität (sss), Aggressivität, Depressivität (sss), Erregbarkeit (sss), Gelassenheit, Gehemmtheit (sss), Offenheit, Emotionale Labilität (sss) und Feminität (sss).

Bei jeweils stärkerer Gestörtheit in den Dimensionen gemeinsamer Auffälligkeiten stimmten die Abweichungen in der Richtung mit der bei der Gesamtgruppe festgestellten überein. Es besteht somit eine

deutliche Ähnlichkeit zwischen dem Profil der behandlungsbedürftigen Probanden, demjenigen der psychopathologisch Auffälligen und dem der Probanden mit positivem körperlichem Befund. Bei allen Gruppen fanden sich abweichende Werte in den Skalen Nervosität, Depressivität, Emotionale Labilität und Feminität. Die behandlungsbedürftigen Probanden zeigten darüber hinaus erhöhte Werte in den Skalen Aggressivität und Offenheit sowie erniedrigte Werte in den Skalen Gelassenheit und Geselligkeit.

Im Gießen-Test-Selbstbild traten ebenfalls verstärkt die bereits mehrfach registrierten sowie zusätzliche Abweichungen bei den Behandlungsbedürftigen auf in den Skalen: Soziale Resonanz (ss), Dominanz, Grundstimmung (ss), Durchlässigkeit (ss) und Soziale Potenz (sss). Die Dominanzwerte der behandlungsbedürftigen Probanden waren hierbei erhöht, die der Sozialen Potenz erniedrigt.

Bezüglich des Intelligenzquotienten im HAWIE bestanden keine signifikanten Niveauunterschiede zwischen behandlungsbedürftigen und nicht behandlungsbedürftigen Probanden.

Es kann demnach festgestellt werden, daß die sich als behandlungsbedürftig bezeichnenden Probanden in beiden Persönlichkeitstests ähnliche aber deutlich breitere Auffälligkeiten boten wie die als psychopathologisch auffällig beurteilten und die Probanden mit positivem körperlichem Untersuchungsbefund. Zum Unterschied von diesen registrierten sie aber offensichtlich stärker ihre emotionale Unreife und mangelndes Selbstvertrauen und litten bewußt unter dem Umstand, häufiger als andere Menschen in Auseinandersetzungen mit der Umgebung zu geraten. Insbesondere die eigene Behinderung im Bereich der heterosexuellen Beziehungsfähigkeit sowie im Sozialkontakt überhaupt wurde stärker von ihnen empfunden. Weiterhin konnte bei den behandlungsbedürftigen Probanden eine verstärkte Neigung zur Selbstdarstellung überhaupt festgestellt werden, die einerseits als größere Offenheit, andererseits auch als hypochondrische Klagsamkeit verstanden werden kann. Höhere Werte in der Skala Offenheit im FPI scheinen von stärkeren Abweichungen auch in den übrigen Skalen begleitet zu sein.

Während bei der Beurteilung der psychopathologischen Auffälligkeit die Schwachsinnigen besonders ins Gewicht fielen, zeigte das Intelligenzniveau keine Bedeutung für die von den Probanden selbst empfundene Behandlungsbedürftigkeit.

4.6. Behandlungsbereitschaft

Für die kontinuierlichen Variablen ließen sich unter Berücksichtigung des biserialen Korrelationskoeffizienten mehrere interessante Beziehungen zur Behandlungsbereitschaft aufzeigen. Die gesamte Inhaftierungszeit der behandlungsbereiten Probanden war nur halb so lang wie die der nicht Behandlungsbereiten (Mean 38.1 gegen 7o.88 Mo). Die Dauer der kürzlich verbüßten Zeit betrug bei den Behandlungsbereiten weniger als ein Drittel derjenigen bei den nicht behandlungsbereiten Probanden (Mean 11.9 gegen 39.3 Mo). Auch die Länge der jetzt zur Bewährung ausgesetzten Strafe lag bei den Behandlungsbereiten um die Hälfte niedriger als bei den eine Behandlung ablehnenden Probanden (Mean 9.8 gegen 19.o Mo). Ein gleichsinniger Zusammenhang bestand zwischen psychopathologischer Auffälligkeit und Länge der jetzigen Strafe sowie Strafrest.

Daß hierbei die selbst empfundene Bedrohung durch Rückfall von Bedeutung ist, zeigt der mit Hilfe der Chi-Quadrat-Probe verifizierte Zusammenhang zwischen Stellungnahme zu Rückfallwahrscheinlichkeit und Behandlungsbereitschaft. Die Mehrheit der Behandlungsbereiten hielt einen Rückfall für wahrscheinlich (2o). Probanden, die einen Rückfall als wahrscheinlich betrachteten, waren häufiger behandlungsbereit (sss) als diejenigen, die nicht mit einem Rückfall rechneten (17).

Zwischen Behandlungsbereitschaft und der erhaltenen Berufsausbildung fand sich eine negative Korrelation. Die überwiegende Mehrheit der nicht behandlungsbereiten Probanden hatte eine Ausbildung erhalten (36), dies war bei den Behandlungsbereiten seltener der Fall (22). Probanden ohne Berufsausbildung waren zu zwei Dritteln behandlungsbereit (15), Probanden mit Berufsausbildung nur zu ca. einem Drittel (22).

Die Bedeutung körperlicher Beschwerden zeigte sich darin, daß mit einer Ausnahme alle behandlungsbereiten Probanden über jetzige körperliche

Beschwerden klagten (36). Die eine Behandlung ablehnenden Probanden äußerten relativ seltener entsprechende Klagen (35).

Verwandtschaftliche Beziehung zur E-Mutter und ihr Erziehungsstil erwiesen sich als wichtig für die Behandlungsbereitschaft. Probanden mit leiblicher E-Mutter waren überwiegend nicht behandlungsbereit (37). Umgekehrt äußerten Probanden, deren E-Mutter nicht mit der leiblichen E-Mutter identisch war, in der Mehrheit Behandlungsbereitschaft (14). Ein derartiger Zusammenhang ist im Hinblick auf die gleichsinnige Korrelation zwischen körperlichem Untersuchungsbefund und Erziehung durch eine andere E-Mutter als die leibliche Mutter als selbstverständlich zu betrachten.

Die Mehrheit der Probanden, die verwöhnend von ihrer E-Mutter erzogen worden war, war behandlungsbereit (21); dies war bei den Behandlungsbereiten überwiegend der Fall. Bei anderem als verwöhnendem Erziehungsstil der E-Mutter bestand überwiegend keine Behandlungsbereitschaft (29). Die nicht behandlungsbereiten Probanden waren in der Mehrheit anders als verwöhnend von der E-Mutter erzogen worden.

Kontaktverlust zu beiden leiblichen Elternteilen stand in Zusammenhang mit Behandlungsbereitschaft. Probanden mit Kontaktverlust zur leiblichen Mutter waren überwiegend behandlungsbereit (13), bei erhaltenem Kontakt lag meist keine Behandlungsbereitschaft vor (38). Bei Kontaktverlust zum leiblichen Vater bestand überwiegend Behandlungsbereitschaft (19). Wo der Kontakt zum leiblichen Vater nicht abgebrochen war, zeigten die Probanden in der Mehrheit keine Behandlungsbereitschaft (33).

Behandlungsbereite zeigten in den folgenden FPI-Skalen signifikant größere Abweichungen als nicht behandlungsbereite Probanden: Nervosität (ss), Depressivität, Geselligkeit, Gelassenheit (ss), Gehemmtheit, Extraversion, Emotionale Labilität und Fiminität (ss).

Die Richtung der Abweichungen stimmte mit derjenigen in den zuvor beschriebenen Gruppen überein. Das Profil der behandlungsbereiten

ähnelt am meisten demjenigen der behandlungsbedürftigen Probanden. Zum Unterschied von diesen fehlten bei den Behandlungsbereiten besondere Abweichungen in den Skalen Aggressivität, Erregbarkeit und Offenheit. Behandlungsbereite Probanden zeigten breitere Auffälligkeiten als die als psychopathologisch auffällig beurteilten, nämlich in den Skalen Geselligkeit, Gelassenheit und Gehemmtheit. Ebenso wie bei diesen lag die Extraversionstendenz bei den Behandlungsbereiten näher dem Normbereich, während die nicht behandlungsbereiten Probanden eine stark erhöhte Extraversion aufwiesen.

Im Gießen-Test-Selbstbild differierten die behandlungsbereiten von den nicht behandlungsbereiten Probanden in den Skalen Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz. In der Skala Kontrolle schätzten sich die behandlungsbereiten Probanden im Gegensatz zur Gesamtpopulation und den einzelnen Gruppen als weniger selbstkontrolliert ein als die Normpopulation. In den übrigen Skalen entsprach die Richtung der Abweichungen der bereits dargestellten. Im Gegensatz zu den anderen Gruppen wiesen die Behandlungsbereiten keine Differenz zu den nicht Behandlungsbereiten in der Skala Soziale Resonanz auf.

Behandlungsbereite Probanden glichen demnach den als psychopathologisch auffällig beurteilten Probanden, zeigten aber ebenso wie die behandlungsbedürftigen Probanden stärkere Abweichungen in mehreren FPI-Skalen. Noch mehr als die letzteren registrierten sie hiermit in stärkerem Maße eigene Behinderungen; insbesondere Mangel an Selbstkontrolle wurde nur von den behandlungsbereiten Probanden empfunden. Im Gegensatz zu den Behandlungsbedürftigen fehlten den Behandlungsbereiten betonte Selbstdarstellungstendenz und Klagen mit Appell- und Vorwurfscharakter an die Umwelt.

Das Intelligenzniveau zeigte keinen Einfluß auf die Behandlungsbereitschaft.

5. Diskussion

Es sollen zunächst die die Gesamtpopulation betreffenden Befunde noch einmal zusammengefaßt werden. Die untersuchten Probanden stammten überwiegend aus unteren sozialen Schichten (*143*). Die meisten waren als Jugendliche erstmals behördlich auffällig geworden, während Früh- und Spätkriminelle kaum vertreten waren. Die Kriminalitätskurve zeigt einen Gipfel in diesem Altersbereich (*53*) und ein deutliches Absinken nach dem 25. Lebensjahr. In den meisten Fällen jugendlicher Delinquenz erübrigt sich therapeutisches Eingreifen, da es sich um passagere entwicklungsbedingte Erscheinungen handelt. Die hier untersuchten Probanden waren größtenteils mehrfach Rückfällige. Über die Hälfte hatten im Verlauf der Bewährungszeit überdies neue Delikte begangen. Die meisten Probanden waren vermutlich auch weiterhin rückfallgefährdet und schätzten sich zu einem großen Teil auch so ein, wobei die häufige Angabe mangelhafter Selbstkontrolle in diesem Zusammenhang verständlich wird.

Erziehungsschwierigkeiten in der Präpubertät hatten bei einem großen Teil zur Einweisung in ein Heim geführt, wo meist mehrere Jahre verbracht wurden. Die Angaben ließen in den meisten Fällen darauf schließen, daß die Probanden unter gestörten oder ungünstigen und wechselhaften Familienverhältnissen aufgewachsen waren. Die häusliche Situation in einer oder mehreren Altersstufen während Kindheit und Jugend entsprach in den meisten Fällen einem broken home unterschiedlichen Gepräges. Meist wurde häufiger Wechsel der Erziehungspersonen mit verschiedenen Ersatzvätern erlebt. Ein großer Teil wuchs unter dem Einfluß schwacher, insbesondere weiblicher Erziehungspersonen auf, wobei eine Vaterfigur häufig gänzlich fehlte. Von besonderer Bedeutung dürfte sein, daß ein großer Teil der Probanden gerade als Jugendliche und Heranwachsende keine persönliche erzieherische Lenkung erfuhren, sondern unter unbestimmbaren oder anonymen Heimbedingungen heranwuchsen. Hellmer (*68*) kommt bei dem Versuch, Beziehungen zwischen dem Zeitpunkt der Verwaisung und dem Zeitpunkt des Verfalls in Kriminalität aufzudecken, zu dem Ergebnis, daß Jugendliche zwischen 5 und 18 Jahren hierdurch am unmittelbarsten und schwersten betroffen seien, da hier das kürzeste Intervall zwischen Verwaisung und erster Straftat gefunden werde.

Eine besondere Verwahrlosungsgefährdung durch das Aufwachsen in einer mütterlich orientierten Welt, in der die zur Ich-Findung erforderliche Auseinandersetzung mit der Autorität fehlte, unterstreichen Wichmann und Aichhorn (5, 160).

Hinweise auf Identifikationsprobleme mit dem Vater finden sich in bestimmten Bewertungstendenzen, die in dem subjektiven Bild, das die Probanden von ihren Elternfiguren hatten, aufgezeigt werden können. In der Reihe "körperlich krank - nervenkrank - psychopathologisch und sozial auffällig" nimmt der negative Wertungsakzent von Schutzbedürftigkeit in Richtung Fehlverhalten zu. Während die Kombination körperlicher Krankheit mit sozialer Auffälligkeit eine Exculpation beinhaltet, rückt die Verbindung körperlicher Krankheit mit psychopathologischer Auffälligkeit erstere in die Nähe der Simulation. Unter diesem Aspekt betrachtet, hatten die Probanden durchschnittlich das Bild einer körperlich kranken, d.h. schutzbedürftigen Mutter, deren soziale Auffälligkeit im Zusammenhang mit körperlichen oder psychischen Störungen entschuldigt wurde. Das im Vordergrund stehende körperliche Leiden wurde dagegen selten in die suspekte Verbindung mit psychopathologischer Auffälligkeit gebracht. In jeder Hinsicht in weitaus negativerem Licht wurden die Vaterfiguren dargestellt, was sowohl den leiblichen, als auch den E-Vater betraf, der häufig nicht mit dem leiblichen Vater zusammenfiel.

Da ein großer Teil der Probanden nur dürftigen Kontakt zu einer Vaterfigur überhaupt hatte, während Mutter und deren Familie die Hauptbezugspersonen darstellten, wirft sich in erster Linie die Frage nach einem von dieser Seite tradierten negativen Vaterbild auf. Ähnlich lassen sich die Charakterisierungen der Erziehungsstile interpretieren, in welchen bei vorwiegender mütterlicher Verwöhnungshaltung insgesamt Inkonsistenz überwog, deren negative Akzente dem Vater zugeschrieben wurden. Alleinstehende, insbesondere schwache oder kranke Mütter unterhalten häufig symbiotisch-seduktive Beziehungen zu ihren Kindern, die dann Partnersubstitute darstellen. Die in dieser Konstellation gegebene Ambivalenz dürfte für die überwiegend männlichen Probanden auch zu Identifikationsproblemen mit der eigenen Geschlechtsrolle geführt und die eigenen Partnerbeziehungen entscheidend belastet haben. Die festgestellte Häufigkeit sexueller Probleme und Störungen der Partnerbeziehung der Probanden kann auf diesem Hintergrund verstanden werden.

Häufig hatten die Probanden derzeitige körperliche Beschwerden und früher schwere körperliche Krankheiten durchgemacht oder lebten zumindest in der Vorstellung, einen krankheitsanfälligen Körper zu haben. Dies könnte als Zeichen einer partiellen Identifikation mit der Mutter aufgefaßt werden, deren häufige körperliche Instabilität sozusagen auf dem Lernwege in das Selbstbild der Söhne übernommen wurde. Hiermit steht eine im FPI objektivierte Tendenz zum femininen Pol im Einklang.

Die jetzige Situation war bei der Mehrheit der Probanden unter anderem durch chronische Probleme wirtschaftlicher Art und im Arbeitsbereich kompliziert. Es ließen sich häufig schwere psychopathologische Auffälligkeiten diagnostizieren, oft in Verbindung mit Abusus und Suizidversuchen. Letztere waren weit häufiger in Freiheit als in Haft unternommen worden. Dies widerspricht der weitverbreiteten Annahme, daß Leidensgefühl bei Kriminellen nur während oder durch die Haft erzeugt werden könne. Vielmehr scheint gerade die Situation der Freiheit für sie mit besonderen Belastungen verbunden zu sein.

Die psychischen Störungen konnten testpsychologisch objektiviert werden, wobei die Ergebnisse im HAWIE, FPI und Gießen-Test-Selbstbild im Einklang miteinander standen. Trotz der Heterogenität der untersuchten Population ließ sich eine abgrenzbare Persönlichkeitsstruktur darstellen. Diese kann als psychopathologisches Syndrom verstanden werden, in dem unter auffallender Beteiligung körperlicher Beschwerden Züge typischer Neurotiker und typischer Krimineller vereint auftreten. Es besteht hierbei eine weitgehende Übereinstimmung mit dem von Alexander beschriebenen neurotischen Charakter (6) als einer zur Verwahrlosung disponierenden Neurosenform.

Die rechtlichen Rahmenbestimmungen für eine sozialtherapeutische Behandlung trafen demnach für die meisten der untersuchten Probanden zu. Ein großer Teil äußerte Behandlungsbedürftigkeit, während Behandlungsbereitschaft weniger eindeutig gezeigt wurde. Wenn auch selbst empfundene Behandlungsbedürftigkeit als grundlegende Voraussetzung für Behandlungsbereitschaft gelten kann, ist letztere die entscheidende Voraussetzung für Aufnahme und Verlauf einer Therapie gleich welcher Art. Die Aussagen der Probanden

stellen vermutlich eher momentane als konstante Einstellungen dar. Sie lassen aber darauf schließen, daß dem Eingeständnis der Behandlungsbedürftigkeit weniger innere oder äußere Hemmnisse entgegenstehen als der Behandlungsbereitschaft, die vermutlich stärker angstbesetzt ist. Beobachtungen während des Untersuchungsverlaufes gerade an den stärker abnormen Probanden legen nahe, der großen Angstbereitschaft dieser Probanden durch möglichst wenig Reglementierung in der Therapie zu begegnen. Die zum Teil beängstigend wirkenden Verhaltensweisen der abnormen Probanden ähneln denen, die bei Erreichung der sogenannten Grundstörungsebene bei psychoanalytisch behandelten Patienten auftreten (9), wobei die Regression zugelassen werden soll und nonverbale Kommunikationsformen besondere Bedeutung gewinnen. Verwandte Beobachtungen und zugehörige therapeutische Empfehlungen des Gewährenlassens stammen von Kohut aus seinen Behandlungen narzistisch gestörter Patienten (85).

Drei weibliche Probanden wurden in das 78 männliche Probanden umfassende Sample aufgenommen, da sich ihre Problematik bezüglich der behandelten Fragen nicht prinzipiell von der der männlichen Probanden unterschied. Sie erschien allerdings durchweg schwerwiegender, womit sich eine bekannte Erfahrung bestätigt (53). Eine kurze Zusammenfassung der Befunde an dieser Stelle soll dazu dienen, einen speziellen Gesichtspunkt aufzuzeigen.

> Alle 4 Frauen *) waren mit delinquenten, alkoholabhängigen, hochauffälligen Partnern zumindest verheiratet gewesen und hatten mehrere Kinder (3 - 9), die sich überwiegend in Heimen, Pflegestellen oder bei Großeltern befanden. Bei 3 von diesen Frauen lag eindeutig ein schwerer körperlicher Befund vor, die vierte befand sich in reduziertem Allgemeinzustand. In je einem Fall bestand ein Schlafmittel- und Alkoholabusus. Alle waren als psychopathologisch schwer auffällig und minderbegabt zu betrachten. Zwei übten Gelegenheitsarbeiten aus, die finanzielle Situation war bei ihnen sehr problematisch.

*) Bei einer Probandin konnte die Untersuchung nicht beendet werden, da sie nach dem ersten Termin spurlos verschwand und während der folgenden Wochen auch durch den Bewährungshelfer nicht aufgefunden werden konnte. Es handelte sich um eine Alkoholikerin, die durch ihre selbst sehr auffällige Mutter, mit der sie zusammenlebte, zur Untersuchung motiviert worden war.
Auch die drei voll untersuchten Probandinnen ließen während der Untersuchung besonders häufig Termine verlegen.

Die beiden anderen arbeiteten nicht und wurden von Angehörigen in unbegrenzbarem Ausmaß unterstützt. Eine Ausbildung hatte keine, eine Probandin hatte eine Lehre begonnen und abgebrochen. In allen 4 Fällen fiel die Existenz völlig undurchsichtiger chronisch problematischer Beziehungen zur Herkunftsfamilie auf. Alle 4 Probandinnen machten einen erziehungsunfähigen, hilflos infantilen Eindruck. Soweit sie mit ihren Kindern zusammenlebten, schwankten sie zwischen Anklammerung und Abschiebetendenzen. Alle 4 Frauen waren frigide und hatten mehrere stark konflikthafte Partnerbeziehungen erlebt. Zwei von ihnen lebten allein mit Kindern, die beiden anderen mit einem festen Partner, wobei dieses Verhältnis mit erheblichen Problemen belastet war. *) Die beiden letzteren Probandinnen äußerten den Wunsch, behandelt zu werden. Es waren dies die beiden arbeitenden Frauen, die nicht von der Unterstützung durch Angehörige lebten und deren wirtschaftliche Situation besonders schwierig erschien. Körperliche und psychische Störungen sowie Konflikte mit dem Partner standen im Vordergrund der Behandlungsbedürftigkeit, während die Delinquenz kaum erwähnt wurde. Es handelte sich um Ladendiebstähle und naive Betrugsversuche. Die gesamte Problematik der weiblichen Probanden zeigte starke Ähnlichkeit mit der der Partnerinnen der männlichen Probanden, soweit diese näher geschildert bzw. auch untersucht wurden. Beide entsprachen in mehreren Zügen dem Mutterbild der Probanden, wobei insbesondere die Betonung körperlicher Kränklichkeit eine Parallele darstellte.

Die korrelationsstatistische Aufarbeitung des Gesamtmaterials ergab eine Reihe bemerkenswerter Zusammenhänge einerseits zwischen den Hauptvariablen untereinander (psychopathologische Auffälligkeit, körperlicher Untersuchungsbefund, Behandlungsbedürftigkeit, Behandlungsbereitschaft), andererseits zwischen diesen und der Gruppenzugehörigkeit, ausgewählten anamnestischen Daten und den Testbefunden.

Während fast alle Behandlungsbereitschaft äußernden Probanden sich auch als behandlungsbedürftig bezeichneten, bestand umgekehrt keine signifikante Beziehung. Subjektive Behandlungsbedürftigkeit korrelierte mit durch die

*) Der zugehörige Partner gehörte in einem Fall zu den untersuchten Probanden.

Untersucherin beurteilter psychopathologischer Auffälligkeit. Dieser Zusammenhang bestand bezüglich der Behandlungsbereitschaft nicht generell, sondern betraf nur die Gruppe der eindeutig/schwer psychopathologisch auffälligen Probanden. Dagegen standen gerade die Hochabnormen einer Behandlung entweder ebenso ablehnend gegenüber wie die psychopathologisch unauffälligen Probanden oder waren häufiger schwankend oder unsicher in ihrer Motivation.

Objektiv feststellbares Vorliegen bzw. stärkerer Verdacht auf eine körperliche Krankheit zeigte keinen Einfluß auf die Behandlungsbedürftigkeit oder Behandlungsbereitschaft.

Anhaltspunkte für eine Selektion körperlich kranker Probanden ergaben sich nicht, da die Häufigkeit positiver körperlicher Untersuchungsbefunde in allen drei Gruppen im Bereich zufälliger Verteilung lag.

In der von den Bewährungshelfern gemeldeten Gruppe I sowie in der sich aus spontan untersuchungsbereiten Probanden zusammensetzenden Gruppe III befanden sich signifikant mehr psychopathologisch auffällige und behandlungsbedürftige Probanden. Die ursprünglich als Kontrollgruppe vorgesehene Gruppe II umfaßte dagegen überwiegend psychopathologisch unauffällige, nicht behandlungsbedürftige und nicht behandlungsbereite Probanden. Die Hypothese, daß spontane Untersuchungsbereitschaft Behandlungsbedürfnis signalisiere, hat sich somit bestätigt. Behandlungsbereitschaft läßt sich hieraus noch nicht ableiten. Doch kann bei Probanden, die sich weder selbst für eine Untersuchung melden, noch sich von einer Betreuungsperson hierzu motivieren lassen, keine Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, angenommen werden.

Psychopathologisch auffällige Probanden unterschieden sich in folgender Hinsicht von den für weniger auffällig gehaltenen Probanden: Ihre jetzige Strafe sowie der eventuell zur Verbüßung ausstehende Strafrest waren kürzer. Sie hatten häufig andere als Eigentumsdelikte begangen, gebrauchten öfter Rauschmittel und begingen häufiger im Zusammenhang hiermit Delikte. Öfter hatten sie Suizidversuche begangen, litten unter sexuellen Problemen, hatten

seltene sexuelle Kontakte und keine feste Partnerbeziehung. Bestehende feste Partnerbeziehungen waren überwiegend problematisch. Sie äußerten häufiger Desinteresse an einer beruflichen Weiterbildung. Psychopathologisch auffällige Probanden kamen in jüngerem Alter ins Heim und befanden sich länger dort. Die Testbefunde zeigten, daß psychopahtologisch auffällige Probanden weniger intelligent waren und einige charakteristische Auffälligkeiten der Gesamtgruppe in verstärktem Maße aufwiesen mit Ausnahme der Extraversion, die bei ihnen nicht erhöht war.

Probanden mit eindeutig positivem (d.h. vermutlich behandlungsbedürftigem) körperlichem Untersuchungsbefund unterschieden sich von denjenigen mit negativem oder fraglichem Befund in bezug auf folgende anamnestische Angaben und Testbefunde: Sie hatten früher häufiger schwere Krankheiten durchgemacht und litten derzeitig öfter unter körperlichen Beschwerden. Ihre wirtschaftliche Situation war überwiegend problematisch. Zwar waren sie in den verschiedenen Altersstufen vom 2. bis zum 18. Lebensjahr überwiegend bei ihren Eltern aufgewachsen. Doch war gerade bei den unter besonders wechselhaften Verhältnissen großgewordenen Probanden der Prozentsatz an positiven körperlichen Befunden besonders hoch. Andererseits wiesen die in rein weiblichem Milieu aufgewachsenen Probanden besonders selten einen positiven körperlichen Befund auf. Probanden mit positivem körperlichem Befund hatten signifikant häufiger Ersatzeltern, d.h. sie wurden häufiger nicht von ihrem leiblichen Vater und der leiblichen Mutter erzogen. Die Testergebnisse zeigten qualitativ ähnliche Auffälligkeiten der Probanden mit positivem körperlichem Befund, jedoch von geringerem Ausmaß wie bei den psychopathologisch auffälligen Probanden.

Behandlungsbedürftige Probanden unterschieden sich signifikant von den nicht behandlungsbedürftigen bezüglich mehrerer anamnestischer Daten und in den Testbefunden: Sie hatten ebenso wie die Probanden mit positivem körperlichem Befund häufiger früher schwere Krankheiten und litten derzeitig öfter unter körperlichen, darüber hinaus aber auch öfter unter psychischen Störungen und hatten häufiger Suizidversuche verübt. Ihre

jetzige Partnerbeziehung sowie ihre wirtschaftliche Situation waren bei den psychopathologisch auffälligen Probanden überwiegend problematisch. Bei den Behandlungsbedürftigen fanden sich ferner signifikant häufiger uneheliche Geburt, längerer Heimaufenthalt und Erziehung durch eine andere Frau als die leibliche Mutter. Sie hatten in ihrer Kindheit und Jugend häufiger längere Trennungen von bzw. Wechsel der E-Mutter erlebt, und häufiger war der Kontakt zur leiblichen Mutter abgerissen.

Die Testergebnisse in den Persönlichkeitstests zeigten teilweise ähnliche Auffälligkeiten wie bei den psychopathologisch auffälligen Probanden und denjenigen mit positivem körperlichem Untersuchungsbefund. Es ergaben sich aber erheblich mehr signifikante Unterschiede zwischen behandlungsbedürftigen und nicht behandlungsbedürftigen Probanden als die Differenzierung der übrigen Gruppen ergeben hatte. Insbesondere traten Abweichungen auch im aggressiven Erlebnisbereich auf. Behandlungsbedürftige Probanden registrierten verstärkt die eigene Gehemmtheit im Sozialkontakt und in der heterosexuellen Beziehung. Sie zeigten andererseits in Form größerer Offenheit auch eine stärkere Vorwurfshaltung der Umwelt gegenüber. Die Extraversionsskala differenzierte hier nicht.

Für die Behandlungsbereitschaft erwiesen sich folgende anamnestische Angaben und Testbefunde als relevant: Behandlungsbereite Probanden waren insgesamt kürzere Zeit inhaftiert, befanden sich auch kürzlich weniger lange in Haft, ihre jetzige Strafe war niedriger. Sie hielten häufiger einen Rückfall für wahrscheinlich. Öfter hatten sie keine Berufsausbildung erhalten. Körperliche Krankheiten bzw. Beschwerden spielten nur insofern eine Rolle, als bei Abwesenheit körperlicher Beschwerden keine Behandlungsbereitschaft bestand. Behandlungsbereite waren häufiger nicht von der leiblichen Mutter erzogen worden, wobei der Erziehungsstil der E-Mutter überwiegend als verwöhnend bezeichnet wurde. Der Kontakt zu beiden leiblichen Elternteilen war abgerissen. In den Persönlichkeitstests ergaben sich ähnliche signifikante Differenzen zwischen behandlungsbereiten und nichtbereiten Probanden wie bei der Differenzierung nach Behandlungsbedürftigkeit. Zum Unterschied von den Behandlungsbedürftigen fehlten bei den Behandlungsbereiten erhöhte Offenheit und erniedrigte Soziale Resonanz und damit eine

verstärkte Klagsamkeit. Nicht behandlungsbereite Probanden zeichneten sich durch erhöhte Extraversion aus ähnlich wie die psychopathologisch unauffälligen Probanden.

Aus dem Vergleich der Korrelationsbefunde und Testprofile für die verschiedenen Probandengruppen lassen sich Antworten auf die in der Einleitung aufgeworfenen Fragen ableiten. Es bestehen einerseits deutliche Ähnlichkeiten, während sich andererseits interpretationsbedürftige Unterschiede zeigen. Wie aus den Testprofilen zu ersehen ist, weisen die subjektiv behandlungsbedürftigen Probanden die stärksten und am breitesten gestreuten Abweichungen auf. Das heißt, sie zeigen in den Tests mehr psychopathologische Auffälligkeiten als diejenigen Probanden, die per Einschätzung als auffällig eingestuft worden sind. Die Testinstrumente erfassen Auffälligkeiten offenbar besser, wenn sie als behandlungsbedürftige Störungen empfunden werden. Zu der Gruppe der als abnorm beurteilten gehörten aber auch Probanden, die sich nicht als behandlungsbedürftig bezeichneten, sei es aus mangelnder Einsicht oder aus Resignation. Die Einschätzung psychopathologischer Auffälligkeit ist immer mit einer gewissen Subjektivität belastet und zudem nicht behandlungsorientiert. Neben unbemerkten Vorurteilen und zufälligen Umständen gehen auffällige Verhaltensweisen in die Beurteilung ein, unter denen der betreffende Proband nicht in therapierelevanter Weise leidet. Dies trifft besonders bei mit stärkerem Schwachsinn verbundener Abnormität zu, bei der infolge beschränkter Reflexionsfähigkeit keine Einsicht der Änderungsbedürftigkeit erwartet werden kann. Ebenfalls bekannt ist häufig mangelnde Krankheitseinsicht bei Rauschmittelabusus. In frühen Stadien des Mißbrauchs reduzieren die positiv erlebten Rauschmittelwirkungen z.B. der psychischen Erleichterung und scheinbaren Sozialintegration das Leiden an der realen Situation und blockieren deren Wahrnehmung. In späteren Stadien verhindert bei hirnorganischer Schädigung eintretende Kritiklosigkeit Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit. So ist vermutlich auf den Anteil an hochabnormen Schwachsinnigen und chronischen Alkoholikern zurückzuführen, daß Intelligenzniveau, Abusus und Häufigkeit von Delikten unter Drogeneinfluß nur mit psychopathologischer Auffälligkeit, nicht aber mit Behandlungsbedürftigkeit und -bereitschaft korrelierten. Auf stärkere

resignative Züge unter psychopathologisch auffälligen Probanden lassen Desinteresse an Weiterbildung, Partnerlosigkeit und Seltenheit sexueller Kontakte schließen. Diese Merkmale finden sich nicht bei der Gruppe der Behandlungsbedürftigen und -bereiten.

Bei den letzteren beiden Gruppen treten andererseits frühanamnestische, insbesondere die Mutter betreffende Daten hervor, während bei den psychopathologisch auffälligen Probanden nur die Vaterfigur von Bedeutung zu sein scheint. Trennung von der Mutter bzw. Wechsel der weiblichen Betreuungspersonen, Ersatzmutter und uneheliche Geburt lassen an Ablehnung des unerwünschten Kindes durch die Mutter denken. Die frühkindliche Situation der behandlungsbedürftigen Probanden stellt sich aber besonders ungünstig dar und geeignet, zu schweren, dem psychopathischen Pol nahestehenden Persönlichkeitsstörungen zu führen. Andererseits tragen gerade diese Angaben starken Appellcharakter und können im Sinne einer autoaggressiven Geneseanklage verstanden werden. Weitere Merkmale der Selbstschädigung wie körperliche und psychische Störungen, Suizidversuche, schwere Krankheiten und wirtschaftliche Probleme fügen sich leicht in dieses Interpretationsmodell ein (*101*).

Für die Gruppe der Probanden mit positivem körperlichem Befund gelten ungünstige Umstände in der frühen Kindheit in noch stärkerem Maße, wobei konstante Versorgung durch weibliche Erziehungspersonen einen körperlichen Protektionsfaktor zu bieten scheint, der unter den als besonders wechselhaft geschilderten "anderen" Verhältnissen fehlt. Auch das Überwiegen positiver körperlicher Befunde bei den bei "Eltern" aufgewachsenen Probanden kann auf Wechsel bei den häufig vorhandenen Stiefelternteilen zurückgeführt werden. Die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen weisen auf die negativen Konsequenzen früher Pflegemängel für die kindliche Entwicklung hin (*33, 135*). Körperliche Erkrankung als Begleiterscheinung oder Ausdruck psychischer Störungen stellt eine bekannte Reaktionsform des kindlichen Organismus (65) dar. Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen darauf schließen, daß früh und über mehrere Jahre einwirkende grobe Fürsorgemängel eine allgemeine Somatisierungstendenz fixieren und zu bis in das Erwachsenenalter persistierenden körperlichen Folgekrankheiten führen

können, deren psychosomatische Wurzel dann nicht mehr erkennbar ist.

Es besteht aber offensichtlich keine Kongruenz zwischen schwerem körperlichem Befund und der Tendenz, sich als Kranken zu definieren (21), wie überhaupt auch Häufung von Beschwerden und Umfang geäußerter Problematik keineswegs mit Behandlungsbereitschaft zusammenfallen. Im Gegensatz zu den übrigen Gruppen fehlen bei den behandlungsbereiten Probanden zahlreiche Klagen, resignative Züge, demonstrative Vorwurfshaltung und manifeste Autoaggression, die körperliche Krankheiten und Suizidversuche beinhalten. Die Behandlungsbereiten zeichnen sich aber zum Unterschied von den übrigen Gruppen durch mehrere Angaben aus, die auf Einsicht in die in der eigenen Person zu suchenden Ursachen der Problematik hindeuten. Während die Schuldprojektion zurücktritt, die z.B. auch in den von den Behandlungsbedürftigen angegebenen Störungen der Partnerbeziehung sichtbar wird, läßt besonders das Eingeständnis, verwöhnt worden zu sein, auf stärkere intrapunitive Tendenzen schließen.

Im Gegensatz zu den nur Behandlungsbedürftigkeit äußernden Probanden spielen für die behandlungsbereiten Probanden in der jetzigen Situation wurzelnde Probleme oder situative Umstände überhaupt keine erkennbare Rolle. Die erwähnten Korrelationsbefunde sprechen dafür, daß die Entwicklung von Behandlungsbereitschaft einen von außen wenig beeinflußbaren intrapsychischen Vorgang darstellt. Der Hauptteil des vielfältigen körperlich-psychischen und situativen Beschwerdebildes, das sich bei den Behandlungsbedürftigen fand, ist bei den Behandlungsbereiten durch die Angst vor dem eigenen Rückfall als Motiv zur Behandlung ersetzt. Therapie scheint als Schutz vor sich selbst gesucht zu werden. Der mehrfache negative Zusammenhang zwischen kürzerer Strafzeit und Behandlungsbereitschaft könnte im Sinne einer unbewußten Gleichsetzung von Strafe und Therapie bei den betreffenden Porbanden verstanden werden. Es ist auch die Möglichkeit zu erwägen, daß eine mit der Dauer der Inhaftierungszeit wachsende verstärkte Übernahme eines kriminellen Selbstkonzeptes erfolgt. Je stärker, gleich auf welche Weise, eine negative Identität gefestigt worden ist, desto weniger kann die zwangsläufig mit einer Erschütterung

derselben verbundene Behandlungsbereitschaft aufgebracht werden. Auf dieses bei den Kriminellen besonders schwerwiegende Therapiehindernis wurde einleitend bereits hingewiesen. Es verdient nun hervorgehoben zu werden, daß bei echtem Behandlungswunsch vorhandene Behandlungsbereitschaft durch längere Strafen offenbar beeinträchtigt oder aufgehoben werden kann.

Die Bedeutung der mit Behandlungsbereitschaft einhergehenden Kontaktaufgabe zu beiden leiblichen Elternteilen ist unter Annahme schwer problematischer familiärer Verhältnisse als prognostisch günstiger Lösungsansatz zu betrachten. Wie Menninger bemerkt, stellt die Distanzierung eines Patienten von dem mit unlösbaren Konflikten belasteten Elternhaus bereits einen therapeutischen Fortschritt dar bzw. ist als Reifungszeichen aufzufassen (*1oo*).

Die Testprofile der verschiedenen Probandengruppen (s. dort) bestätigen die anhand der anamnestischen Daten versuchte Charakterisierung. Somit ergibt sich die Möglichkeit, Simulanten mit Hilfe objektiver Verfahren auszuschalten, wenn Behandlungswunsch des Probanden als einziges Kriterium für eine sozialtherapeutische Behandlung gelten sollte. Weitgehende Annäherung an die Merkmalscharakteristik der behandlungsbereiten Probanden sollte hierbei als Richtschnur betrachtet werden. Die angeführten Ergebnisse zeigen, daß behandlungsbereite Probanden nicht nur tatsächlich einer Behandlung bedürfen, sondern auch die prognostisch am günstigsten zu beurteilende Gruppe darstellen: Im Gegensatz zu den anderen Gruppen stehen bei den behandlungsbereiten Probanden Faktoren, wie stärkere selbstdestruktive charakterneurotische Anteile und Somatisierungstendenzen, die erfahrungsgemäß einen Therapieerfolg fraglich erscheinen lassen, nicht im Vordergrund.

Auch wenn die betreffenden Störungen nicht in den engeren psychoanalytischen Indikationsbereich fallen (*2o*), können doch verschiedene andere psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen. Nonverbale Techniken könnten sich nicht nur wegen der beteiligten narzistischen Persönlichkeitsstörungen, sondern auch im Hinblick auf die schichtentrennende Sprachbarriere von

Bedeutung erweisen. Neben individueller Behandlung sollte auf die häufige Notwendigkeit einer Partner- bzw. Familientherapie geachtet werden, die auch prophylaktisch wirksam ist (139).

8. Zusammenfassung

81 erwachsene, hinsichtlich Alter und Deliktrichtung unausgelesene Bewährungsprobanden (78 Männer, 3 Frauen) wurden anamnestisch, körperlich und testpsychologisch untersucht. Nach den eigenen Angaben zur Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsbereitschaft sowie nach dem durch die Untersucherin beurteilten Grad der psychopathologischen Auffälligkeit und dem körperlichen Untersuchungsbefund wurde das Sample in jeweils zwei Gruppen unterteilt. Die korrelationsstatistische Aufarbeitung der Zusammenhänge einerseits zwischen den vier Hauptvariablen untereinander, andererseits zwischen diesen und den Testbefunden sowie ausgewählten anamnestischen Items ergab eine Reihe signifikanter Unterschiede. Durch Vergleich der Merkmalscharakteristiken, die sich auf diese Weise für die jeweils positiven Gruppen der vier Hauptvariablen ergaben, konnten einige für einen echten Behandlungswunsch der Probanden entscheidende Faktoren herausgearbeitet werden, aus denen sich therapeutische Empfehlungen ableiten lassen.

7. Literaturverzeichnis

1. D.M. Abels: Die Kriminalpsychologie als Erkenntnisquelle für die Behandlung erwachsener Rechtsbrecher in Freiheit, Bewährungshilfe, 12 (1965), S. 98 - 104

2. E. Ackermann: Zwei Jahre Erfahrungen in der Justiz-Sonderanstalt Hamburg-Bergedorf, Mschr.Krim 54 (1972), S. 367-371

3. S. Adams: The PICO project, in: N.Johnston, L.Savitz, Wolfgang, Marvin: The sociology of punishment and correction, John Wiley and sons Inc., New York 1962, p 203-212

4. Adamson, La May, H.W. Dunham: Clinical treatment of male delinquents: a case study in effort and results, Amer.soc.rev.Vol. 21 (1956), p 312 - 320

5. A. Aichhorn: Verwahrloste Jugend, Verlag Huber, Stuttgart 1951

6. F. Alexander und H. Staub: Der Verbrecher und seine Richter, aus: T.Reik, Psychoanalyse und Justiz, Suhrkamp 1971

7. K. Alf: Jugendwohnheim Tholey/Saar, Bewährungshilfe 14 (1967) S. 17 - 19

8. W. Ayass: Probanden im Jugendwohnheim, Bewährungshilfe 10 (1963) S. 146 - 156

9. M. Balint: Therapeutische Aspekte der Regression, Rowohlt Taschenbuch-Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg 1973

10. J.E. Baker: Social education in a penitentiary, Fed.Prob. Vol. 27 (1963), p 32 - 36

11. T.D. Bamford: A British probation officer looks at corrections in the United States, Fed.Prob. Vol. 35 (1971), p 23 - 28

12. K. Baudach: Erfahrungen aus der Arbeit in einem Probandenwohnheim, Bewährungshilfe 14 (1967), S. 11 - 17

13. E. Baumann: Die Prognose in der Bewährungshilfe, Bewährungshilfe 11 (1964), S. 212 - 219

14. E. Bayer: Validierung des GT-Profils bei Ulcuskranken, Diss. Gießen (1971)

15. D. Beckmann und H.E. Richter: Gießen-Test (GT), Verlag Huber, Stuttgart 1972

16. S. Bernfeld: Vom allgemeinen Sinn der Strafe aus: Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse I, Ullstein, Ffm. 1971, S. 216 - 222

17. D. Bindzus und R. Carter: Bewährung in Freiheit - Probation in den USA, Bewährungshilfe 15 (1968), S. 175 - 19o

18. W. Bitter: Zur Psychotherapie Krimineller, Acta Psychother. VI/4, S. 3o8 - 315

19. E.H. Bottenberg und B. Gareis: Zum Selbstbewertungsprofil jugendlicher Krimineller, Z. Psychother.med. Psychol. 22 (1972), S. 177 - 182

2o. W. Bräutigam: Indikation und Prognose bei analytisch nicht behandelbaren Krankheiten, Z. Psychother.med. Psychol. 16 (1966), S. 1o5 - 113

21. W. Bräutigam und P. Christian: Psychosomatische Medizin, Thieme-Verlag, Stuttgart 1973

22. M. Braun: Einige weitere Überlegungen zur Führungsaufsicht, Bewährungshilfe 19 (1972), S. 1o - 22

23. M. Braun: Vorübungen zur Führungsaufsicht, Bewährungshilfe 16 (1969), S. 2o2 - 2o9

24. G. Brückner: Die Ursache des Widerrufs in der Bewährungsaufsicht, Bewährungshilfe 7 (196o), S. 173 - 184

25. M. Busch: Die Zusammenarbeit von Psychotherapeut, Psychologe und Fürsorger in der Strafanstalt aus der Sicht des Sozial-pädagogen, Mschr. Krim. 43 (196o), S. 2o1 - 211

26. D. Cartwright: Achieving change in people - some applications of group dynamic theory, Human relations, Vol. 4 (1951), p 381 - 392

27. G. Clauss und H. Ebner: Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen, Verlag Harri Deutsch, Ffm 1972

28. L.W. McCorkle and R. Korn: Resocialization within walls, Ann.Amer. academy of political and social science, No 293, (1954), p 94 - 95

29. M. Craft: Psychopathic personalities: a review of diagnosis, aetiology, prognosis and treatment, Brit.J.Crim. (1961), p 237 - 253

3o. D.R. Cressey: Contradictory theories in correctional group therapy, Fed. Prob. Vol. 28 (1954), p 2o - 26

31. K. Dilger: Das Wesen der Sozialtherapie und ihre Bedeutung in der Strafrechtsreform, Mschr. Krim. 52 (1969), S. 255-273

32. A. Dührssen: Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1972

33. A. Dührssen: Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1972

34. K. Eberhard: Einführung in die Statistik für soziale Berufe, Luchterhand Jugend im Blickpunkt 1969

35. K. Eberhard und G. Kohlmetz: Verwahrlosung und Gesellschaft, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1973

36. R.W. England: A study of postprobation recidivism among five hundred federal offenders, Fed.Prob. Vol. 19 (1955), p 1o - 16

37. R.W. England: What is responsible for satisfactory probation and postprobation outcome?, J.Crim. L.C.P.S. Vol. 47 (1957), p 667 - 676

38. T. Empey, La Mar and J. Rabow: The PROVO experiment in delinquent rehabilitation, AmSoc. Rev. Vol. 26 (1961), p 679 - 695

39. J. Fahrenberg und H. Selg: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar- FPI, Handanweisung für die Durchführung und Auswertung, Verlag Hogrefe, Göttingen 197o

4o. J. Feige: Gruppentherapie im Strafvollzug, Mschr.Krim. 46 (1963), S. 117 - 13o

41. O. Fenichel: The psychoanalytic theory of neurosis, Routledge and Kegan Paul, London 1955

42. N. Fenton: An introduction to group counseling in state correctional service, The Amer. Correctional Ass., New York 1958

43. L. Fink: Möglichkeiten und Grenzen einer Korrektionsbehandlung von Delinquenten aufgrund von Erfahrungen in den USA, Vortrag auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Bad Nauheim 197o

44. S. Freud: G.W. Bd. V, S. 2o2

45. E. Frey: Der frühkriminelle Rückfallverbrecher, Basel 1961

46. Friedrichs: Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Bewährungshilfe für Erwachsene und für Minderjährige, Bewährungshilfe 12 (1965), S. 85 - 98

47. E. Fromm: Zur Psychologie des Verbrechers und der strafenden Gesellschaft
aus: Analytische Sozialpsychologie und Gesellschaftstheorie, Suhrkamp 425, S. 115 - 144

48. R. Gerard: Institutional innovations in juvenile corrections, Fed.Prob. Vol. 34 (197o), p 37 - 44

49. Don C. Gibbons: Changing the lawbreaker - the treatment of delinquents and criminals, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New York 1965

50. W. Glasser: Reality therapy - a new approach to psychiatry, Harper and Row, New York 1965

51. S. und E. Glueck: Unraveling juvenile delinquency, Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press., 1951

52. R. Göllner und D. Salvini: Untersuchungen mit dem FPI bei stationären Psychotherapie-Patienten, Z.Psychosom.Med. 17 (1971), S. 179 - 186

53. H. Göppinger: Kriminologie, C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München 1971

54. H. Göppinger: Möglichkeiten und Grenzen einer Resozialisierung mit Mitteln der Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, Bewährungshilfe 11 (1964), S. 244 - 261

55. J. Gordon, P. Ipsen, E. Lindemann and W. Vaughan: An epidemiologic analysis of suicide, New York: Milbank Mem. Fund 1956

56. W. Goudsmit: Die Resozialisierung von Delinquenten: Aufgaben der Psychiater und Bewährungshelfer im Team, Bewährungshilfe 19 (1972), S. 3 - 9

57. W. Goudsmit: Über Abwehrmechanismen bei sogenannter Psychopathen, Psyche 16 (1962/3), S. 512 ff

58. H.G. Gough: A sociological theory of psychopathy, Am. J. Soc. Vol. 53 (1948), p. 359 - 366

59. M. Gschwind: Die Sozialtherapeutische Anstalt in verschiedenen europäischen Ländern, Z.Psychother. med. Psychol. 20 (1970), S. 89 - 96

60. M. Gurvitz: Developments in the concept of psychopathic personality, Brit. J. Del. Vol. 2 (1951/52), p. 58 - 102

61. H. Hefekamp: Kriminalität ist normal, Enke-Verlag, Stuttgart 1972

62. H. Hegemülemann: Modelle ambulanter Straffälligenhilfe, Bewährungshilfe 21 (1974), S. 93 - 116

63. W. Hansen: A critique of the psychiatric approach in: J.S. Roucek ed., Juvenile delinquency, New York: Philosophical Library 1958, p. 78 - 112

64. E.W. Hanack: Juristische Voraussetzungen der Einweisung von Delinquenten in sozialtherapeutische Anstalten, Z.Psychother. med. Psychol. 20 (1970), S. 45 - 58

65. H. Harbauer, R. Lemp, G. Nissen und P. Strunk: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Springer-Verlag, Berlin 1971

66. S. Hathaway and E.D. Monachesi: Analysing and predicting delinquency with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, University of Minnesota press., Minneapolis 1953

67. S. Hathaway and E.D. Monachesi: The Minnesota Multiphasic Personality Inventory in the study of juvenile delinquents, Amer. Soc. Rev. 17 (1952), S. 704 - 710

68. J. Hellmer: Der Gewohnheitsverbrecher und die Sicherungsverwahrung, 1934 - 45, Berlin 1961, S. 221 ff

69. F. Heigl: Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1972

70. F. Heigl und A. Evers: Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie, Z. Gruppenpsychother. und Gruppendyn., Beiheft 1

71. B. Heinen: Bedeutung der Auswahl bei der Anordnung der Bewährungshilfe, Bewährungshilfe 4 (1957), S. 36 - 43

72. E. Hoeck-Gradenwitz: Behandlungsmethoden und Behandlungsformen für erwachsene Straffällige in Dänemark, Bewährungshilfe 12 (1965), S. 190 - 201

73. J. Hohmeier: Aufsicht und Resozialisierung, Enke-Verlag, Stuttgart 1973

74. S. Holschbach: Moderne Sozialarbeit und Bewährungshilfe, Bewährungshilfe 16 (1969), S. 44 - 47

75. Ch. T. Hosner: Group procedures in sentencing, Fed.Prob. Vol. 34 (1970), S. 18 - 25

76. J.I. Hurwitz: Three delinquent types: a multivariate analysis, J. Crim. L.P.S. Vol. 56, No. 3, S. 328 - 334

77. IT-Project - Intensive treatment program, California department of corrections second annual report (Sacram., Ca.: department of corrections, 1958)

78. R.L. Jenkins: Breaking patterns of defeat, Philadelphia: J.B. Lippincott Co. 1954, p 148 - 158

79. C.F. Jesness: The Jesness Inventory: development and validation, Research Report No 29, mimeographed (Sacramento Youth [illegible], 1966.

80. H. Joseph and V.P. Dole: Methadone patients on probation and parole, Fed.Prob. Vol. 34 (1970), p 42 - 48

81. M. Kappeler: Das Jugendwerkhaus der [illegible], Bewährungshilfe 14 (1967), S. 32 - 35

82. J.W. Kinch: Continuities in the study of delinquent types, J. Crim. L.C.P.S. Vol. 53 (1962), p 323 - 328

83. M. Klein: Die Psychoanalyse des Kindes, Reinhardt Verlag, München 1971

84. H. Klenke: Aus der Arbeit eines Förderungsvereins, Bewährungshilfe 14 (1967), S. 3- 1o

85. H. Kohut: Narzismus - Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzistischer Persönlichkeitsstörungen, Suhrkamp-Verlag, Ffm 1973

86. R.R. Korn and L.W. Corkle: Criminology and penology, New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1959

87. H. Kräutle: Heimerziehung als Mittel der Bewährungshilfe, Bewährungshilfe 1o (1963), S. 134 - 146

88. P. Kühling: Untersuchungen zur Rückfälligkeit nach Verbüßung zeitlich bestimmter Jugendstrafe, Mschr. Krim. 51 (1968), S.255 - 263

89. P. Kühling: Rückfalluntersuchungen an jungen Rechtsbrechern, Mschr. Krim. 48 (1965), S. 269 - 297

9o. P. Kühnel: Über Führungsaufsicht, Bewährungshilfe 19 (1972), S. 22 - 34

91. E. Künzel: Jugendkriminalität und Verwahrlosung, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Beiheft 7 zur Praxis der Kinderpsychol. und Kinderpsychiatrie

92. K. Lackner: Kriminologie und Strafrecht aus: Kriminalbiologische Gegenwartsfragen Heft 6, S. 6 - 2o Enke-Verlag, Stuttgart 1964

93. E.M. Lemert: Human deviance, social problems and social control, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey 1972

94. N. Lippenmeier: Ein Experiment?, Wanne-Eickel-Freizeit mit Probanden, Bewährungshilfe 16 (1969), S. 224 - 229

95. E. Littmann und J. Ott: Persönlichkeitsdiagnostische Untersuchungen bei forensisch-psychologisch und psychiatrisch begutachteten Straftätern, Vortrag auf dem Symposion der Sektion Gerichtliche Psychiatrie der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie in der Nervenklinik der Charité Berlin am 24.4.1975

96. A. Loesch: Bewährung und Bewährungshilfe aus der Sicht des Richters, Bewährungshilfe 1 (1955), S. 135 - 146

97. G. Mauch: Psychotherapie an Kriminellen in Holland, Mschr. Krim. 48 (1965), S. 177 - 186

98. G. Mauch und J. Bechtel: Kastration im Strafvollzug (bei chron. Sexualdel.), Mschr. Krim. 51 (1968), S. 2oo - 21o

99. G. Mauch und R. Mauch: Sozialtherapie und die sozialtherapeutische Anstalt, Enke-Verlag, Stuttgart 1971

1oo. K.A. Menninger and P.S. Holzman: Theory of psychoanalyitc technique, Basic books, Ind., Publishers, New York 1973

1o1. K.A. Menninger: Selbstzerstörung - Psychoanalyse des Selbstmords, Suhrkamp-Verlag, Ffm 1974

1o2. H. Meyer: Zur allgemeinen Situation der Bewährungshilfe und zur Situation in Braunschweig im besonderen, Bewährungshilfe 16 (1969), S. 223 - 241

1o3. K. Meyer: Strafaussetzung - Bewährung - Bewährungshilfe, Diss. Bad Godesberg 1963

1o4. V. Meyer und E.S. Chesser: Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie, Thieme-Verlag Stuttgart 1971

1o5. K. Miyazawa: Bewährungshilfe in Japan, Bewährungshilfe 17 (197o), S. 183 - 192

1o6. T. Moser: Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur, Suhrkamp 1971

1o7. T. Moser: Repressive Kriminalpsychiatrie - Vom Elend einer Wissenschaft, Suhrkamp 1971

1o8. R. Nicholson: Tranactional analysis: a new method for helping offenders, Fed.Prob. Vol. 34 (197o), p 29 - 39

1o9. L.E. Ohlin, H. Piven und M. Pappenfort: Major dilemma of the social worker in probation and parole, N.P.P.A. Journal, Vol. 2 (1956), S. 211 - 225

11o. H.H. Paehler: Bewährungshilfe bei Erwachsenen, Diss. Bonn 1971

111. T. Palmer: Types of treaters and types of juvenile offenders, Counsil of Europe - European committee on crime problems - subcommittee II, Nov. 1965

112. D. und H. Peters: Therapie ohne Diagnose, Krim J. 2 (197o), S.114 - 12o

113. H. Plenge: Die Behandlung erheblich rückfälliger Sexualdelinquenter, vornehmlich der Homosexuellen, unter besonderer Berücksichtigung der Kastration, Mschr. Krim. 44 (1961), S. 15 - 41

114. PROVO-Experiment, Mobilization for Youth, Highfields and Midcity project, Summary in: The status of current research in the California Youth Authority, Sacram.: department of the Youth Authority, 1963

115. T. Quadt: Die Bedeutung der Auswahl bei der Anordnung der Bewährungsaufsicht, Bewährungshilfe 1 (1955), S. 169 - 179

116. W. Rasch: Die Errichtung von Bewährungsanstalten: Vorplanung und erste Schritte, Mschr. Krim. 5o (1967), S. 339 - 344

117. W. Rasch: Sozialtherapie aus forensisch-psychiatrischer Sicht, Almanach - Individuum und Gesellschaft (1973), S. 28 - 44

118. W. Rasch und K.P. Kühl: Subjektives Leiden als sozialtherapeutisches Behandlungskriterium - FPI-Ergebnisse bei Tätergruppen des § 65 Abs. 1.2StrRG, Mschr. Krim. 56 (1973), S. 237 - 245

119. W. Rasch, B. Schmidt und K.P. Kühl: Behandlungsbereitschaft bei Probanden der Bewährungshilfe, Bewährungshilfe 21 (1974), S. 28 - 37

12o. W.C. Reckless, S. Dinitz und B. Kay: The self-component in potential delinquency and potential nondelinquency, Amer.Soc.Rev. Vol. 22 (1957), p 566 - 57o

121. E. Reimer and M. Warren: SIPU-Relationship between violation rate and initially smallcase-load, N.P.P.A. Journal (1957), p 222 - 229

122. Research Report No 3, Community Treatment Project: An evaluation of C.T. for delinquents (Sacramento, Cal.: Department of the Youth Authority, 1963)

123. W.G. Rest and E.J. Ryan: Group vocational counseling for the probationer and parolee, Fed.Prob. Vol. 34 (197o), p 49 - 54

124. J. Rumney and J. Murphy: Probation and social adjustment, New Brunswick, N.J. 1952

125. E. Runge: Einordnung schwieriger junger Krimineller in die Gesellschaft, Bewährungshilfe 16 (1969), S. 135 - 147

126. A. Schmettau: Sozialtherapie in Kalifornien: Die Institute in Vacaville und Atascadero, Krim.J. 1 (197o), S. 44 - 49

127. M. Schmideberg: Prinzipien der Kriminalpsychotherapie - einige Folgerungen für die allgemeine Psychiatrie, Mschr.Krim. 49 (1966), S. 145 - 151

128. H.D. Schmidt: Test und Untersuchungsmethoden - Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, Diagnostica 17 (1971), S. 96 - 98

129. G. Schmitt: Verhaltenstherapie - eine neue Behandlungsmethode Mschr.Krim. 24 (1971), S. 9 - 3o

130. H.J. Schneider: Behandlungsexperimente für delinquente Jugendliche in den USA - Zugleich ein Beitrag zur kriminologischen Methodologie, Mschr. Krim. 53 (1970), S. 219 - 237

131. H.J. Schneider: Criminology in action - Internationaler Kurs für Kriminologie in Montreal, Mschr. Krim. 51 (1968), S. 366 - 376

132. A.C. Schnur: The new penology: fact or fiction? J. Crim. L.C.P.S. Vol. 49 (1958), p 331 - 334

133. C.C. Schreg: Some foundations for a theory of correction, in: D.R. Cressey: The prison, N.Y. Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1961, p 309 - 357

134. H.W. Schünemann: Bewährungshilfe bei Jugendlichen und Heranwachsenden, Kriminolog.Studien Band 9, Verlag Otto Schwartz & Co., Göttingen 1971

135. W. Schwidder: Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung, Beiheft zur Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Nr. 5 (1970), S. 7 - 24

136. Schwitzgebel und R.D.A. Kolb: Inducing behavior change in adolescent delinquents, Behav. Res. Ther. 1 (1964), S. 297

137. M. Sader: Möglichkeiten und Grenzen psychologischer Testverfahren, Verlag Hans Huber, Stuttgart 1961

138. G. Seebandt: Moderne medikamentöse Behandlung sexualtriebartiger Männer in der Bewährungszeit, Bewährungshilfe 16 (1969), S. 120 - 123

139. C.S. Selsky: Postcommitment family counseling, Fed.Prob. Vol. 26 (1962), S. 41 - 43

140. E. Siebert: Bericht über den Sechsten Internationalen Kongreß für Psychotherapie in London 1964, Mschr.Krim. 49 (1966), S. 174 - 178

141. H. Siegmund: Über die Auswahl jugendlicher Rechtsbrecher für die Bewährungshilfe, Bewährungshilfe 5 (1958), S. 105 - 109

142. A.W. Silver: Operating a psychiatric clinic in a Juvenile court, Fed.Prob. Vol. 27 (1962), S. 24 - 28

143. F. Specht: Sozialpsychiatrische Gegenwartsprobleme der Jugendverwahrlosung, Enke-Verlag, Stuttgart 1967

144. G. Speitel: Die Frühkriminellen, Bewährungshilfe 16 (1969), S. 124 - 135

145. M. Staak: Zur soziogenetischen Problematik des debilen dissozialen Jugendlichen, Mschr. Krim. 51 (1968), S. 124 - 132

146. Steiner, Schumacher und Quensel: Group-Counseling im Erwachsenenvollzug - Erfahrungen aus einem Experiment, Mschr.Krim. 49 (1966), S. 16o - 167

147. H. Strasser: Strafe und Psychotherapie, Bewährungshilfe 7 (196o), S. 91 - 96

148. F. Tannenbaum: Crime and the community, N.Y. Ginn and Co., 1938, p 19 - 21

149. Ch.B. Truax, D.G. Wargo and L.D. Silber: Effects of group psychotherapy with high accurate empathy and nonpossessive warmth upon female institutionalized delinquents, J. abnorm. Psychol. 71 (1966), p 267 - 274

15o. H. Waldhorn: Assessment of analyzability, Psychoanal.Quart. 29 (196o), p 478 - 5o6

151. A. Wahl: Gruppentherapie und Behandlung Straffälliger in internationaler Sicht, Bewährungshilfe 1o (1963), S. 1o1 - 134

152. A. Wahl und D. Glaser: Pilot time study of the federal probation officer's job, Fed.Prob. Vol. 27 (1963), p 2o - 25

153. M. Warren: Classification of offenders as an aid to efficient management and effictive treatment, J. Crim. L.C.P.S. Vol. 62, p 239 - 258

154. G.H. Weber: Conflicts between professional and non-professional personnel in institutional delinquency treatment, J.Crim. L.C.P.S. Vol. 48 (1957), p 26 - 48

155. G.H. Weber: The boy scout program as a group approach in institutional delinquency treatment, Fed.Prob. Vol. 19 (1955), S. 47 - 54

156. D. Wechsler: Die Messung der Intelligenz Erwachsener - Textband zum Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE), Verlag H.Huber, Stuttgart 1956

157. H. Wegener: Der Sozialisationsprozeß bei intellektuell Minderbegabten, aus: G. Wurzbacher: Der Mensch als soziales und personales Wesen, Enke-Verlag, Stuttgart 1968, S. 164 - 182

158. R. Wetter und F. Böckelmann: Knast-Report, Makol-Verlag 1972

159. S. Wheeler: Role conflict in correctional communities, in: Cressey: The prison, N.Y. Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1961, p 229 - 259

160. A. Wichmann: Erscheinungsformen und Ursachen der Vermögens-kriminalität jugendlicher und heranwachsender Täter, Diss. Göttingen, 1966

161. A. Widmer: Erfahrungen mit sogenannten Psychopathen im dänischen Strafvollzug, Mschr. Krim. 46 (1963), S. 145 - 157

162. S. Wieser: Alkoholismus 194o - 1959, Fortschritte der Neurol. und Psych. und ihre Grenzgebiete, 3o (1962), S. 171 ff

163. S. Wieser: Die Persönlichkeit des Alkoholtäters, aus: Kriminalbiologische Gegenwartsfragen Heft 6, S. 41 - 54

164. W.W. Wilkerson: Psychiatric consultation with probationers and parolees, Fed.Prob. Vol. 33 (1969), S. 45 - 5o

165. H. Witmer und E. Tufts: The effectiveness of delinquency prevention programs, US Children's Bureau Publication No 35o, Washington, D.C. US government printing office, 1954

166. J. Wolff: Therapie ohne Diagnose? Zur Kritik von D. u. H. Peters an der Konzeption der Sozialtherapeutischen Anstalt, Krim. J. 3 (197o), S. 197 - 199

167. G. Wunder: Erfahrungen von Bewährungs-Helferinnen und Bewährungshelfern bei der Betreuung von Probanden des anderen Geschlechts, Bewährungshilfe 16 (1969), S. 91 - 1o8

L e b e n s l a u f

Ich wurde am 21. 4. 194o in Mährisch-Ostrau (heute CSSR) als erstes Kind der Eheleute Karl und Elisabeth Rust, geb. Dietl geboren. Seit 1945 lebte meine Familie in Gießen (Hessen). Dort besuchte ich die Grundschule und das Humanistische Gymnasium bis zum Abitur 196o. Mein im Sommersemester in Gießen begonnenes Medizinstudium unterbrach ich im Wintersemester 196o/61 aus persönlichen Gründen für drei Jahre. Im Sommersemester 1964 nahm ich das Studium an der Freien Universität Berlin wieder auf, wo ich es im Frühjahr 197o mit dem Staatsexamen - Note sehr gut - abschloß. Während der letzten beiden Studienjahre erhielt ich ein Stipendium der Deutschen Studienstiftung. Nach meiner Approbation 1971 begann ich eine psychoanalytische Ausbildung am Institut für Psychotherapie in Berlin, die noch nicht abgeschlossen ist. Bis zum Frühjahr 1972 war ich zunächst als Fürsorgeärztin im Rahmen des Sozialpsyhiatrischen Dienstes eines Berliner Bezirkes tätig, danach mit den Untersuchungen zu der vorliegenden Arbeit als wissenschaftliche Assistentin am Institut für Forensische Psychiatrie der Freien Universität beschäftigt. Seit Herbst 1973 befinde ich mich als Assistenzärztin der Nervenklinik Spandau in der Facharztausbildung.